SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CÓRDOBA

CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**52021-687145**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	50.919.136	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lherazoca@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	09123549454
IP/Nº de contacto:	3207548766	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5770014/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**2224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL Y CAMPESINA A NIVEL MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL EN LO REFERENTE A LA FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPREN

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 46.800.000
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 58.760.000
Valor Bruto Pago:	**$ 5.200.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 41.600.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.200.000	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 890.370	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.090.370**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.114.670**	**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		----------	**4543217755**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.114.670,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.080.000	$ 2.080.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.497.570,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 260.000	$ 260.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 332.800	$ 332.800	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		$ 10.900	$ 10.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - MONTERIA	10.995,00	0,200%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 1.372.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.189.750					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$5.189.005,00**	

SON: CINCO MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN DE LA POB
Se socializó con la coordinación académica actividades por realizar.
Sé participó en reunión con La Agencia de Desarrollo Rural(ADR) para buscar acceso a fuentes de mercado y fuentes de financiaciacion.
Se realizó reunión con la Dinamizadora de SENNOVA, para articulaciones junto con el grupo de instructores acciones conjuntas con los
Reunión con supervisora para supervisión del programa.
Se presento el informe mensual de actividades evidenciando lo realizado durante el mes, cumpliendo con las obligaciones establecidas p

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

LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del 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,

VIVIANA BENAVIDES MESIAS
INSTRUCTOR G16

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
TRINIELENA BRUNAL CABRALES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/04/24 21:32:58 USUARIO: SIC - C.C. 50919136

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9486668111 DV: 048995
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 12/04/2024 12:16:01
PAP: 905214
Identificacion: 50919136
Nombre: LEIDA
Apellido 1: HERAZO
Apellido 2: CASTILLO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 0000000000
Codigo Planilla: 4543217755
Periodo Pago: 2024/03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 50919136 Valor: $616.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50919136
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	MZN H LT 7 SANTA ELENA 2	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:		**4543217755**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998342323

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	$ 332.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 332.800	$ 900	$ 333.700
SUBTOTALES:										**$ 332.800**	**$ 900**	**$ 333.700**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 260.000	$ 0	$ 700	$ 0	$ 260.000	$ 700	$ 0	$ 260.700
SUBTOTALES:													**$ 260.000**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 260.700**

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	$ 21.800	$ 21.800	$ 100	$ 0	$ 21.900
SUBTOTALES:									**$ 21.800**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 21.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

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

Usuario que Genera Reporte:	MHtbrunal	TRINIELENA BRUNAL CABRALES
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-023-911510	CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA
Fecha y Hora Generación Reporte:	2024-03-13-3:32 p. m.	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	34524	**Fecha Solicitud**	2024-03-12	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-023-911510 CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-03-13	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos** NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	dinamizadores			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	5124	**Dependencia Solicitante**		911538 CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - EMPRENDE RURAL	
Rubro Presupuestal de Viaticos		C-3602-1300-10-20308E-3602035-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO - DESARROLLO DE CAPACIDADES EMPRENDEDORAS Y EMPRESARIALES PARA LA GENERACIÓN DE INGRESOS A NIVEL NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3602-1300-10-20308E-3602035-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO - DESARROLLO DE CAPACIDADES EMPRENDEDORAS Y EMPRESARIALES PARA LA GENERACIÓN DE INGRESOS A NIVEL 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

				2024-03-18	2024-03-18	CORDOBA / MONTERIA	CORDOBA / SAN - V.	0,5	No	50							
				2024-03-18	2024-03-18	CORDOBA / SAN - V.	CORDOBA / MONTERIA	0,5	No	50							
				2024-03-19	2024-03-19	CORDOBA / MONTERIA	CORDOBA / SAN CARLOS	0,5	No	50							
				2024-03-19	2024-03-19	CORDOBA / SAN CARLOS	CORDOBA / MONTERIA	0,5	No	50							
				2024-03-20	2024-03-20	CORDOBA / MONTERIA	CORDOBA / LORICA	0,5	No	50							
LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO	CC: 50919136	"DINAMIZADOR OFERTA SER "	Autorizada	2024-03-20	2024-03-20	CORDOBA / LORICA	CORDOBA / MONTERIA	0,5	No	50	5	5.200.000,00	112.074,00	560.370,00	330.000,00	890.370,00	SOCIALIZACION A LA POBLACIÓN MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL EN LO REFERENTE A LA FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO, ASESORÍA TÉCNICA Y EMPRESARIAL TENIENDO EN CUENTA LAS CONSIDERACIONES OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA, FOCALIZANDO

				2024-03-21	2024-03-21	CORDOBA / MONTERIA	CORDOBA / MOMIL	0,5	No	50							
				2024-03-21	2024-03-21	CORDOBA / MOMIL	CORDOBA / MONTERIA	0,5	No	50							
				2024-03-22	2024-03-22	CORDOBA / MONTERIA	CORDOBA / CHIMA	0,5	No	50							
				2024-03-22	2024-03-22	CORDOBA / CHIMA	CORDOBA / MONTERIA	0,5	No	50							
														Totales Solicitud de Comisión	**560.370,00**	**330.000,00**	**890.370,00**

OBJETO DE LA COMISIÓN

SOCIALIZACION A LA POBLACIÓN MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL EN LO REFERENTE A LA FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO, ASESORÍA TÉCNICA Y EMPRESARIAL TENIENDO EN CUENTA LAS CONSIDERACIONES OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA, FOCALIZANDO

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	50900576	Nombre:	TRINIELENA BRUNAL CABRALES	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR - CORDOBA

Firma Responsable

Verificado Por:	CARLOS ANDRES HOYOS SUAREZ	Fecha Verificación:	13/03/2024 8:10:51

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA:
Montería, 03 de abril de 2024

PRESENTADO A: TRINIELENA BRUNAL CABRALES **–** subdirectora (E)

ORDEN DE VIAJE No: 34524	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	Marzo 18-19-20-21-22 de 2024	Marzo 18-19-20-21-22 de 2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO. MUNICIPIO SAN BERNARDO DEL VIENTO – MUNICIPIO DE SAN CARLOS – MUNICIPIO DE LORICA – MUNICIPIO DE MOMIL – MUNICIPIO DE CHIMA	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR	MONTERIA.

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: VIATICO DINAMIZADOR 34524 DEL 18 AL 22 DE MARZO DE 2024 A LOS MUNICIPIOS DE SAN BERNARDO – SAN CARLOS – LORICA – MOMIL – CHIMA- SOCIALIZACION A LA POBLACIÓN MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL EN LO REFERENTE A LA FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

SOCIALIZACION A LA POBLACIÓN MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL EN LO REFERENTE A LA FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO, ASESORÍA TÉCNICA Y EMPRESARIAL TENIENDO EN CUENTA LAS CONSIDERACIONES OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA, FOCALIZANDO ASOCIACIONES, Y LLEVANDO A CABO LA SOCIALIZACIÓN DE LA OFERTA DEL PROGRAMA SER.

RESULTADOS:

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

1. Lista de Asistencias, evidencias fotográficas, y tiques.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Cumplir a cabalidad con las actividades desarrolladas en las sesiones y a aquellas que se deben desarrollar en la formación.	**Los aprendices**	**18-19-20-21-22 DE MARZO DE 2024**
2. Ejecutar la competencia	**Instructor SENA**	**30-12-2024**

CONCLUSIÓNES: Se cumplieron con los objetivos propuestos.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADORA ACADEMICA	**VIVIANA BENAVIDES MESIAS**	

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $30.000

TIQUETE

ORIGEN: Montería | DESTINO: San bernardo

DÍA	MES	AÑO
18	03	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 4117

NOMBRE: Leida Herazo C.

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $30.000

TIQUETE

ORIGEN: San bernardo | DESTINO: Montena

DÍA	MES	AÑO
18	02	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 3388

NOMBRE: Leida Herazo

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $28.000

TIQUETE

ORIGEN: Montena | DESTINO: San Carlos

DÍA	MES	AÑO
19	3	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 3994

NOMBRE: Leida Herazo Castillo

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA 28.000

TIQUETE

ORIGEN: San Carlos | DESTINO: Montena

DÍA	MES	AÑO
19	03	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 3396

NOMBRE: Leida H.C

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $16.000

TIQUETE

ORIGEN: Montería | DESTINO: Tonca

DÍA	MES	AÑO
20	03	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 5242

NOMBRE: Leida Herazo

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $16.000

TIQUETE

ORIGEN: Tonca | DESTINO: Montena

DÍA	MES	AÑO
20	03	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 4245

NOMBRE: Leida Herazo Castillo

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $25.000

TIQUETE

ORIGEN: Montena | DESTINO: Momil

DÍA	MES	AÑO
21	03	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 3117

NOMBRE: Leida Herazo C.

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $25.000

TIQUETE

ORIGEN: Momil | DESTINO: Montena

DÍA	MES	AÑO
21	03	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 6354

NOMBRE: Leida H.

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $31.000

TIQUETE

ORIGEN: Montena | DESTINO: Chima

DÍA	MES	AÑO
22	03	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 3839

NOMBRE: Leida Herazo

FIRMA DESPACHADOR:

SOTRACOR
Sociedad Trasportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 20-11 TAQUILLAS N°. 5 Terminal de Transporte de Montería

TARIFA $81.000

TIQUETE

ORIGEN: Chima | DESTINO: Tonca

DÍA	MES	AÑO
22	03	24

HORA DE SALIDA:

BUS N°. 6247

NOMBRE: Leida Herazo

FIRMA DESPACHADOR:

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

		Codigo Regional :	**23**
CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	SAN BERNARDO DEL VIENTO 18/03/2024 - SAN CARLOS 19/03/2024 - LORICA 20/03/2024 - MOMIL 21/03/2024 - CHIMA 22/03/2024	**Codigo Centro:**	**9115**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO	**Fecha de elaboración:**	**3/04/2024**
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	1,067,914,313	**ID Proceso:**	

En desarrollo de la comisión No. **34524** durante los dias **18-19-20-21-22** del mes de **MARZO** de **2024** 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
18/03/2024	**TERMINAL SAN BERNARDO DEL VIENTO - ALCALDIA - TERMINAL SAN BERNARDO DEL VIENTO**	**MOTO**	**10000**
19/03/2024	**TERMINAL SAN CARLOS - ALCALDIA - TERMINAL SAN CARLOS**	**MOTO**	**10000**
20/03/2024	**TERMINAL LORICA - ALCALDIA - TERMINAL LORICA**	**MOTO**	**10000**
21/03/2024	**TERMINAL MOMIL - ALCALDIA - TERMINAL MOMIL**	**MOTO**	**20000**
22/03/2024	**TERMINAL CHIMA - ALCALDIA - TERMINAL CHIMA**	**MOTO**	**20000**
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**$ 70.000**

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:	**LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO**	**Nombre completo:**	**VIVIANA BENAVIDES MESIAS**	**Nombre completo:**	**TRINIELENA BRUNAL CABRALES**
Cargo:	**INSTRUCTOR SER**	**Cargo:**	**COORDINADORA ACADEMICA**	**Cargo:**	**SUBDIRECTORA ENCARGADA**
Firma:		**Firma:**		**Firma:**	