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 VALLE

CENTRO DE LA CONSRTUCIÓN-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**922810**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**40779-891576**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR LEONARDO MEDINA QUIROGA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.567.490	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	osclmedina@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	80812516977
IP/Nº de contacto:	3117146316	**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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5877346/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**14124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL DE INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL AREA DE TRANSVERSAL AMBIENTAL Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2024 Al 31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 22.923.131
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.724.360
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.457.586

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 180.866	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.646.411**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.095.911**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**76824536**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 1.032.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.916.511		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.095.911,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-UCEVA	23.232,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.442.313,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestación de servicios profesionales de carácter temporal de instructor para impartir formación profesional en el área de seguridad y Salud en el Trabajo y Medio ambiente, a las fichas asignadas:2899896,2899438,2897846,2892685,2854564,2847561,2761146,2737077 y2619013.

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

OSCAR LEONARDO MEDINA QUIROGA
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,

ALFREDO DELGADO VIDAL
PROFESIONAL G04

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
BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

11/05/24 19:31:44 USUARIO: SIC - C.C. 79567490

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79567490	OSCAR LEONARDO MEDINA QUIROGA	carrera 1j # 65-48	4462861	oleomq@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	03/05/2024	76824536	$538.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.700				18.700	0	0	18.700			187	18.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF57	Comfamiliar Andi	890303208-5	10.800	0	0	10.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	18.700	18.700
CCF	1	10.800	10.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	538.600	538.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79567490	OSCAR LEONARDO MEDINA QUIROGA	carrera 1j # 65-48	4462861	oleomq@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	03/05/2024	76824536	$538.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79567490	MEDINA QUIROGA OSCAR LEONARDO	59	0			N																	25-14	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS037	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	2	18.700	CCF57	1.786.218	10.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Cali, 26 de Abril de 2024

PRESENTADO A: ALFREDO DELGADO VIDAL

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
69924	**24/04/2024**	**24/04/2024**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	Valle del Cauca	Jamundí

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL APLICACION DE PRÁCTICAS PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A LA FICHA 2737077 - MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICACIONES

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se imparte Formación Profesional Integral a la ficha según Planeación Pedagógica

RESULTADOS:

1. Comprensión de conceptos básicos de Seguridad y Salud en el Trabajo

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

1. Fotografía en el Aula de clases con los aprendices.
2. Listado de Asistencia Aprendices

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Actividad Video AL y EL	Aprendices	08/05/2024

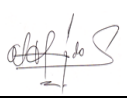
CONCLUSIÓNES:

1. Los aprendices comprendieron la importancia del cumplimiento normativo de SST y sus conceptos

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Oscar Leonardo Medina Quiroga	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
PROFESIONAL G04	**ALFREDO DELGADO VIDAL**	



SENA

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 26 DEL MES DE Abril DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S): FORMACION PRESENCIAL Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente - Jamundi

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	(EXPERIENCIA) EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT. SENA	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	Luis Fabian V.	3599005					[illegible]			Fabian Valois
2	Marleny M.S.	59191990					Marleny Morales 79@gmail.com			Marleny Bodhacker Marleny
3	Yesica Maria Ch.	1063904339					Jessicachega @gmail.com			Yesicach
4	Mario Cienfuegos	1060602253					m1239469@gmail.com			Mario Sanchez
5	Sandra Gomez	1112486858					[illegible]			Sandra G.
6	Stefanie Torres	1006233545					torresstefanie 426@gmail.com			Stefanie Torres
7	Heliodoro Lerma	3152802??					heliolerma@[illegible]			Heliodoro Lerma
8	Silvia alejandra	1112495?29					[illegible]			Silvia Guacamello
9	Yesika Candelo Guevara	1006 268 527					Yesika candelo 6202 @gmail.com			Yesika Candelo G.
10	Viviana M Gaona	1144.126390					[illegible]			Viviana G.

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.

GD-F-007 V04

Powered by CamScanner

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

Codigo Regional :	**76**
Codigo Centro:	**9228**
Fecha de elaboración:	**26/04/2024**
ID Proceso:	

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: 26/04/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Oscar Leonardo Medina
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 79567490

En desarrollo de la comisión No. **69924** durante los dias **24** del mes de **Abril** 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
24/04/2024	**Cali- Jamundi -Cali**	**Terrestre**	10.000
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**10.000**

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 formal.

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: Oscar Leonardo Medina Q.	**Nombre completo:** Alfredo Delgado Vidal	**Nombre completo:** Beatriz Cobo Garcia
	Cargo: Profesional Grado 04	**Cargo:** Subdirectora
Firma:	**Firma:**	**Firma:** Beatriz E. Cobo

GRF-F-076 V.01

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

Usuario que Genera Reporte:	MHbcobo	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-922810	CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	martes, 23 de abril de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	69924	**Fecha Solicitud**	2024-04-22	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-922810 CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-04-23	**Genera Viáticos**	NO	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	FORMACION			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	2224	**Dependencia Solicitante**	922845 CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Rubro Presupuestal de Viaticos	-	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO 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
OSCAR LEONARDO MEDINA QUIROGA	CC: 79567490	CONTRAITSTA	Autorizada	2024-04-24	2024-04-24	VALLE / CALI	VALLE / JAMUNDI	0	No	0	0	4.465.545,00	0,00	0,00	59.622,00	59.622,00	VIATICOS FORMACION: ABRIL 24 DEL 2024 JAMUNDI LAS FLORES T.I 10.000. IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL APLICACION DE PRÁCTICAS PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A LA FICHA 2737077 - MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICACIONE
											Totales Solicitud de Comisión			**0,00**	**59.622,00**	**59.622,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION: ABRIL 24 DEL 2024 JAMUNDI LAS FLORES T.I 10.000. IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL APLICACION DE PRÁCTICAS PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A LA FICHA 2737077 - MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICACIONE

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	66933423	Nombre:	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE LA CONSTRUCCION - VALLE

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637 4662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/04/23 06:53:08 -05:00

Firma Responsable

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:	MHbcobo	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-922810	CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	martes, 23 de abril de 2024	

Verificado Por:	SANDRA MARCELA OREJUELA ACOSTA	Fecha Verificación:	22/04/2024 20:31:47

Firmado digitalmente por:
Nombre: BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Cédula de ciudadanía: 66933423
Usuario SIIF: MHbcobo
23/04/2024 6:53:25 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.

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Cali, 09 de Mayo de 2024

PRESENTADO A: ALFREDO DELGADO VIDAL

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
82024	**07/05/2024**	**08/05/2024**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	Valle del Cauca	Florida y Jamundí

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL APLICACION DE PRÁCTICAS PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A LAS FICHAS: 2854564 - MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICACIONES Y 2737077 - MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICACIONES

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se imparte Formación Profesional Integral a la ficha según Planeación Pedagógica

RESULTADOS:

1. Comprensión de conceptos básicos de Seguridad y Salud en el Trabajo

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

1. Fotografía en el Aula de clases con los aprendices.
2. Listado de Asistencia Aprendices

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Exposición factores de riesgo	Aprendices	16 Y 23/05/2024

CONCLUSIÓNES:

1. Los aprendices comprendieron la importancia del cumplimiento normativo de SST y sus conceptos

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Oscar Leonardo Medina Quiroga	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
PROFESIONAL G04	**ALFREDO DELGADO VIDAL**	



SENA

Florida

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 7 DEL MES DE Mayo DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S): Formación SST y Medio Ambiente F: 2854564

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.SENA	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	Jose Alejandro Restrepo Ortiz	1.144.878.223						3207737238		Jose
2	Sebastian Rivera	1114875936						3235298801		Rivera
3	Juan Esteban Diaz	1114874851						3163916661		Juan Esteban
4	Jorge Suarez	1110954029						3203493113		
5	Lizeth hurtado	1116678201						3235261559		Lizeth
6	Jhon Velasco	1192912123						321 799 3109		Jhon Velasco
7	Fabian Trujillo	94043769						3186998183		
8	Randy Mazo	1638935						3155748609		
9	Mariely Ruiz Sanm	1114872496						3103300830		
10	DEIVAN Andres P.	1192722249						3117994800		DEIVAN

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.

GD-F-007 V04

Florida REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 7 DEL MES DE Mayo DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S): Formación SST y Medio Ambiente FB 2854564

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.SENA	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	Cristina Fernandez	16881189						3124049897		
2	Alex Rodriguez	1113893350						3126756589		
3	Jesus Augusto Garcia Hurtado	1113536564						324 448 6926		
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

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.



SENA

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- Jornada DEL DÍA 8 DEL MES DE Mayo DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S) FORMACION PRESENCIAL Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente F8 2737077

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.SENA	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	Magnolia Sinbl	31446.589					magnoliaeternas 2018@gmail. com.	3146097 43		Magdalena
2	Iris Yohana V	35998005					iris771yes @gmail.com	3106898465		Yohana Vélez
3	Juan Alejandro Lugo	38264106					Luzamandarbe @gmail.com	3116775678		
4	Marleni Hatian	59121290					Hatian marleny 37@ gm...com	3115567729		Marleni Hatian
5	Marlen Amira Mosquera	38466116					Marlen Anira 28 @gmail. com	3208120070		Marlen A. Mosquera
6	Yesika Candelo Guerrero	1006268 569					yesikacandelo 6002@gmail.com	301 555 87 51		Yesika Candelo G.
7	Sandra Patricia Gomez Rios	4712486 358					04 esnei der tom- be @gmail. Com	312 276 6961		Sandra Gomez
8	silva Alejandra Guacarillo Lago	1111948789					olgaguaca-amado @gmail.com	3203246126		Silvia A. Guacarillo
9	Mario Brewi Zambrano	1060802257					m27514 6@gmail.com	3276200 44		Mario Zambrano
10	Stefanny torres conocido	1006233596					torresstefanny448 @gmail.com	3176550845		Stefanny torres

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.

GO-F-007 V04

SENA

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- Jornada DEL DÍA 8 DEL MES DE Mayo DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S) FORMACION PRESENCIAL Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente F8 2737077.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.SENA	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	Heliodora Lerma	31528028					helio lerma 69@ g mil.com	3122015735		Heliodora Lerma
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

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 :	**76**
Codigo Centro:	**9228**
Fecha de elaboración:	**9/05/2024**
ID Proceso:	

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: 9/05/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Oscar Leonardo Medina
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 79567490

En desarrollo de la comisión No. **82024** durante los dias **7 y 8** del mes de **Mayo** 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
7/05/2024	**Cali- Florida -Cali**	**Terrestre**	16.000
8/05/2024	**Cali- Jamundi -Cali**		10.000
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**26.000**

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 formal.

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: Oscar Leonardo Medina Q.	**Nombre completo:** Alfredo Delgado Vidal	**Nombre completo:** Beatriz Cobo Garcia
	Cargo: Profesional Grado 04	**Cargo:** Subdirectora
Firma:	**Firma:**	**Firma:** Beatriz E. Cobo

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

Usuario que Genera Reporte:	MHbcobo	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-922810	CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 06 de mayo de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	82024	**Fecha Solicitud**	2024-05-06	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-922810 CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-05-06	**Genera Viáticos**	NO	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	FORMACION			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	2224	**Dependencia Solicitante**	922845 CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Rubro Presupuestal de Viaticos	-	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO 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
OSCAR LEONARDO MEDINA QUIROGA	CC: 79567490	CONTRATISTA	Autorizada	2024-05-07	2024-05-07	VALLE / CALI	VALLE / FLORIDA	0	No	0	0	4.465.545,00	0,00	0,00	121.244,00	121.244,00	VIATICOS FORMACION: MAYO 7 DEL 2024 FLORIDA T.I 16,000. LAS FLORES T.I 10.000. MAYO 8 DEL 2024 JAMUNDI T.I 10,000. IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL APLICACION DE PRÁCTICAS PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A LAS FICHAS 2
				2024-05-08	2024-05-08	VALLE / CALI	VALLE / JAMUNDI	0	No	0							
											Totales Solicitud de Comisión			**0,00**	**121.244,00**	**121.244,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION: MAYO 7 DEL 2024 FLORIDA T.I 16,000. LAS FLORES T.I 10.000. MAYO 8 DEL 2024 JAMUNDI T.I 10,000. IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL APLICACION DE PRÁCTICAS PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A LAS FICHAS 2

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	66932423	Nombre:	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE LA CONSTRUCCION - VALLE

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637466296B
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/05/06 14:35:13 -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:	MHbcobo	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-922810	CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 06 de mayo de 2024	

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO			
Nombre:	""	Cargo:	""

Firma Responsable

Verificado Por:	SANDRA MARCELA OREJUELA ACOSTA	Fecha Verificación:	06/05/2024 14:23:15

Firmado digitalmente por:
Nombre: BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Cédula de ciudadanía: 66933423
Usuario SIIF: MHbcobo
06/05/2024 2:35:37 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.