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 ANTIOQUIA

COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL - ANTIOQUIA

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

Código Regional	**5**
Código Centro	**950210**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**47191-492001**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA MILENA MATURANA MENA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	35.600.358	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	samatu05@homail.com	**Número de Cuenta:**	0550488437996272
IP/Nº de contacto:	2334	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	5830173/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	5_9502_271 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA O COMPLEMENTARIA EN LA LÍNEA TECNOLÓGICA CLIENTE, MODALIDAD PRESENCIAL PARA EL PROGRAMA VULNERABLES EN EL COMPLEJO TECNOLÓGICO MINE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2024**	**Al**	**31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 25.662.119
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.903.951
Valor Bruto Pago:			**$ 3.452.303,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 22.209.816

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.452.303	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.243.340	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.695.643**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.220.643**	**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		----------	**4548674021**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.380.921	$ 1.380.921
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 172.700	$ 172.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 221.000	$ 221.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.300	$ 7.300
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%	$ 34.082.904	$ 1.074.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.490.432		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.220.643,00	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%
Jaime Isaza Cadavid	13.809,00	0,400%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$3.438.494,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación a las siguientes fichas: 2990942,132230,312489,2996579 De acuerdo con la programación establecida.

Impartir formación a las siguientes fichas: : 2990942,132230,312489, 2996579. Ficha: De acuerdo con la programación establecida. Meto

Los asignados por la coordinación académica para brindar formación u otros ambientes específicos para la ejecución de resultados de ap

TECNICAS DE MANIQUIUR Y PEDIQUIUR DIAS DE EJECUCION: 2,3,6,7,8,9 de MAYO DE 2024 ficha:2990942 complementarias: TECNICAS DE MAQUIL

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

Sandra Maturana.

SANDRA MILENA MATURANA MENA
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,

JUAN DAVID VALENCIA TRUJILLO
INSTRUCTOR G10

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
FERNANDO CANO GOMEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35600358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA MATURANA MENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CALLE 29 N 3-21 CRISTO REY	TELÉFONO:	7777777
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:		**4548674021**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/02		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998509480	

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	$ 221.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 221.000	$ 0	$ 221.000
SUBTOTALES:										**$ 221.000**	**$ 0**	**$ 221.000**

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	$ 172.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 172.700	$ 0	$ 0	$ 172.700
SUBTOTALES:													**$ 172.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 172.700**

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	$ 7.300	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 7.300
SUBTOTALES:									**$ 7.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 35600358	MATURANA MENA SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.380.921				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.380.921	$ 221.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 221.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.380.921	$ 172.700	$ 0	$ 172.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.380.921	35600358	$ 7.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 401.000**

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

Usuario que Genera Reporte: MHfcano FERNANDO CANO GOME

Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-005-950210 COMPLEJO TECNOLOGIC AGROEMPRESARIAL ANT

Fecha y Hora Generación Reporte: viernes, 5 de abril de 2024

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	61124	**Fecha Solicitud**	2024-04-05	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-005-950210 COMPLEJO TECNOLOGICO M AGROEMPRESARIAL ANTIOQUIA**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-04-05	**Genera Viáticos**	NO	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	FORMACIÓN			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3524	**Dependencia Solicitante**	950245 COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL ANTIOQUIA -SER PRESTADOS A LA FORMACION
Rubro Presupuestal de Viaticos	-	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - S FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIE SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NA

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 C
											4,5	0,00	0,00	0,00	150.000,00	150.000,00	IMPARTIR FOR COMPLEMENT
SANDRA MILENA MATURANA MENA	CC: 35600358	CONTRATISTA - Instructor	Autorizada	2024-04-08	2024-04-12	ANTIOQUIA / SAN ROQUE	ANTIOQUIA / SAN ROQUE	4,5	No	50							
				2024-04-12	2024-04-12	ANTIOQUIA / SAN ROQUE	ANTIOQUIA / SAN ROQUE	0	No	0							
											Totales Solicitud de Comisión			**0,00**	**150.000,00**	**150.000,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN BELLEZA

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	8043941	Nombre:	FERNANDO CANO GOMEZ	Cargo:	SUBDIRECTOR DEL COMPLEJO MINERO AGROEMPRESARIAL -

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 520824264339496578729996
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Localización: BOGOTA D.C.
Hora de firma: 2024/04/05 15:25:46 -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:	MHfcano	FERNANDO CANO GOME
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-005-950210	COMPLEJO TECNOLOGIC AGROEMPRESARIAL ANT
Fecha y Hora Generación Reporte:	viernes, 5 de abril de 2024	

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

Firma Responsable

Verificado Por:	KAREN EDITH LEON JARMILLO	Fecha Verificación:	05/04/2024 12:04:50

Firmado digitalmente por:
Nombre: FERNANDO CANO GOMEZ
Cédula de ciudadanía: 8045941
Usuario SIIF: MHfcano
5/04/2024 3:26:17 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.

	Versión: 04
	Código: GTH-F-090

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA								
FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA					22/03/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
SANDRA MILENA MATURANA MENA					**Tipo:**		**No.**	**35600358**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR.5830173**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	12	12	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	5_9502_271 Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación Profesional Titulada o complementaria en la línea tecnológica cliente, modalidad presencial para el programa vulnerables en el Complejo Tecnológico							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL					**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Complejo Tecnológico Minero Agroempresarial**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	FERNANDO CANO GOMEZ				**CARGO**	SUBDIRECTOR		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	JUAN DAVID VALENCIA TRUJILLO				**CARGO**	COORDINADOR ACADEMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA								
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Antioquia				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Complejo Tecnológico Minero Agroempresarial**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS				**ENTIDAD O EMPRESA:**	SENA		**CONTACTO**	
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	8	4	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		12	4	2024
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	REALIZAR FORMACION DE DECORACION DE UÑA EN EL MUNICIPIO DE LA FLORESTA.							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Desarrollar las actividades de acuerdo con los planes que se elaboren previamente con personal que cumpla con las exigencias de formación académica y pedagógica que el
2	Seleccionar y programar actividades de enseñanza – aprendizaje – evaluación según el programa de Formación profesional, calendario de formación y el enfoque metodológico adoptado
3	Seleccionar ambientes de aprendizaje con base en los resultados propuestos y en las características y requerimientos de los aprendices

AGENDA

ACTIVIDADES ((Deberá contener información detallada de las tareas a realizar día a día)

Día 1 : 08-9-10-11-12/04/2024
Desplazamientos ruta de ida:SANROQUE- LA FLORESTA
Medio de transporte: área, terrestre o fluvial.TERESTRE
Actividades a ejecutar:PRESENTACION E INDUCCION.
Tecnicas de decoracion de las uñas, Materiales y sus funciones, Manejo de materiales,Tipos de uña, forma de las uñas.

Desplazamientos Ruta de regreso:-SANROQUE -FLORESTA
Medio de transporte: área, terrestre o fluvial.

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Fernando Cano G. Firmado digitalmente por Fernando Cano Gomez Fecha: 2024.05.09 14:16:51 -05'00'	Juan D Valencia T.	Sandra Maturana.
Nombres y Apellidos: FERNANDO CANO GÓMEZ	**Nombres y Apellidos:JUAN DAVID VALENCIA TRUJILLO**	
Cargo: SUBDIRECTOR	**Cargo: COORDINADOR ACADEMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES**	**Nombres y Apellidos:**

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA
SAN ROQUE, 12/04/2024

PRESENTADO A: JUAN DAVID VALENCIA TRUJILLO – SUBDIRECTOR

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
61124	8/04/2024	12/04/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO MACEO - FLORESTA	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
Desarrollar acción de formación en el área de Peluquería para la población vulnerable del municipio de YONDO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

.1. Se coordina la preparación del lugar a utilizar como salón de clase para la orientación de la formación completaría

2.Se desarrolla formación orientada en los conocimientos básicos de Decoración de uñas.

.

3. se demuestran los materiales de a utilizar para dicha formación

.

4 Se hace demostración por parte de la instructora de las diferentes técnicas de Decoración de uñas.

5. Los aprendices colocan en práctica todas las diferentes técnicas para realizar las diferentes técnicas de decoración de uña. y demostrados por la instructora.

6.Cada uno de los aprendices debe practicar el paso a paso de las técnicas de decoración.

7. Realización de trabajo autónomo y practica entre compañeros. formatos. Y uñas postizas.

RESULTADOS:

1.Se realiza la formación sobre las técnicas de decoración de uñas que debemos tener en cuenta a la hora de realizar dicho trabajo.

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

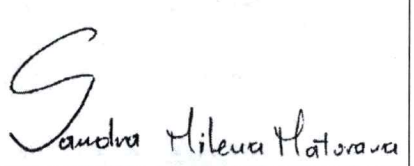
1. Listado de asistencia
2. fotografías

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. los aprendices seguirán promoviendo el aprendizaje autónomo mediante la práctica individual de los conocimientos adquiridos.	Grupo de aprendices.	Transcurso del periodo.

CONCLUSIÓNES:

Se cumple con el objetivo de la formación de Técnicas de decoración de uñas en el municipio de Maceo - floresta, impartiendo la formación integral a la población vulnerable.

Se logra dominio en el manejo de las herramientas para realizar técnicas de decoración de uñas dependiendo el estilo de cada persona.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
SANDRA MIENA MATURANA	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADOR ACADEMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES	JUAN DAVID VALENCIA TRUJILLO	

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

Codigo Regional :	**5**
Codigo Centro:	**9502**
Fecha de elaboración:	**12/4/2024**
ID Proceso:	

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: SAN ROQUE - 12 | 12/4/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SANDRA MILENA MATURANA MENA
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 35600358

En desarrollo de la comisión No. **61124** durante los dias **8 al 12** 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 EMPLEADO	VALOR PAGADO
8/4/2024	SAN ROQUE -MACEO - FLORESTA	BUSETA	75000
12/4/2024	MACEO -FLORESTA - SAN ROQUE	BUSETA	75000

RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A: **$ 150.000,00**

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: SANDRA MILENA MATURANA	**Nombre completo:** JUAN DAVID VALENCIA TRUJILLO	**Nombre completo:** FERNANDO CANO GOMEZ
	Cargo: INSTRUCTOR	**Cargo:** SUBDIRECTOR
Firma: Sandra Milena Maturana	**Firma:** Juan David Valencia T.	**Firma:** Fernando Cano G. Firmado digitalmente por Fernando Cano Gomez Fecha: 2024.05.09 15:37:46 -05'00'