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 AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **912410** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **91712-687735** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JAVIER GIRALDO HERRERA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 14.885.006 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | jagiraldoh@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 74240714942 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3146304162 | **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:** | 5845506/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **25224** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FPI COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/06/2024** | **Al** | **30/06/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 26.793.270 |
| **Número de pago** | **5** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 44.655.450 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 22.327.725 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 743.646 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.209.191** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.511.391** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Junio | Mayo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4553014879** |
| **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 | II | $ 18.700 | $ 18.700 |
| 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% | $ 30.984.458 | $ 1.170.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 4.122.436 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.511.391,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 5.209.191,00 | |
| 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 - 8523 - GUADALAJARA D | 15.628,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Pro-UCEVA | 26.046,00 | 0,500% |
| 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** | **$4.423.871,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se anexa planilla de seguridad social y soporte de pago del mes de Mayo

Se anexa informe contractual con anexo de evidencias del mes de Junio

**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

**JAVIER GIRALDO HERRERA**
**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,

**JOHN ANTONIO CASTILLO VILLEGAS**
**INSTRUCTOR G12**

**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**
**ALBETH MARTINEZ VALENCIA**
**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: | 14885006 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAVIER .GIRALDO HERRERA. |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALI | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 14 N 2A 80 | TELÉFONO: | 8931533 |
| 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: | **4553014879** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/06/04 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9998863557 | | |

**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 |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 285.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.800 | $ 0 | $ 285.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 285.800** | **$ 0** | **$ 285.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 223.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 223.300 | $ 0 | $ 0 | $ 223.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 223.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 223.300** |

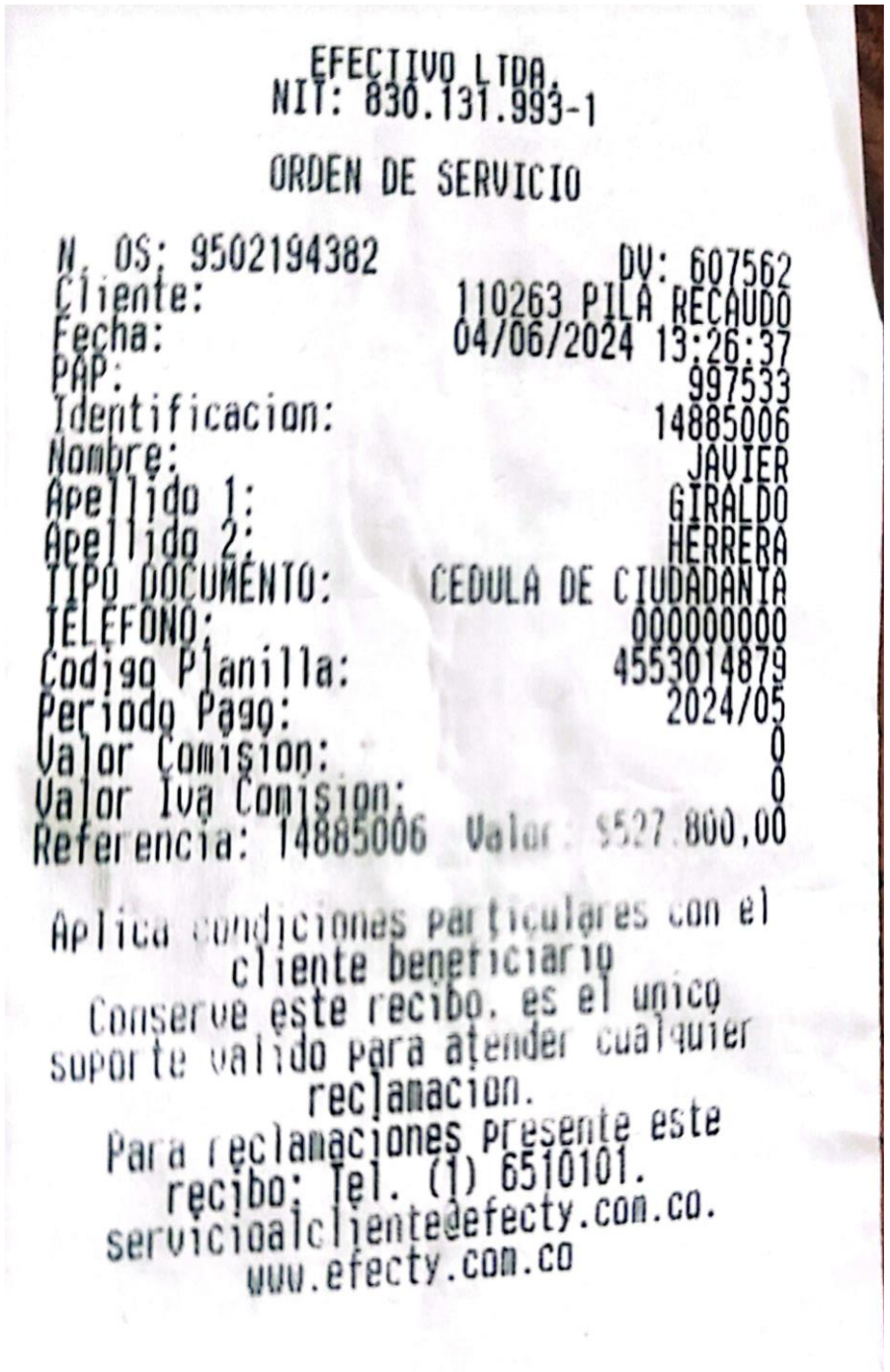
**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| 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 | $ 18.700 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 18.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 18.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 18.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | 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 | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINED TOTAL APORTE |

| TOTAL | $ 527.800 |
|---|---|



EFECTIVO LIDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9502194382 DV: 607562
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 04/06/2024 13:26:37
PAP: 997533
Identificacion: 14885006
Nombre: JAVIER
Apellido 1: GIRALDO
Apellido 2: HERRERA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 000000000
Codigo Planilla: 4553014879
Periodo Pago: 2024/05
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 14885006 Valor: $527.800,00

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

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA** Buga - Valle del Cauca - 27/05/2024

**PRESENTADO A:** Albeth Martínez _ subdirector (E).

| **ORDEN DE VIAJE No:** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
|---|---|---|
| **59624** | 24/05/2024 | 24/05/2024 |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA: (ciudad)** |
| | Valle- Centro agropecuario de Buga-CAB | Buga-Cali- Bogotá- Buga |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Participar en la reunión de socialización de la propuesta metodológica para el diseño de programas por módulos con salidas parciales para economía popular y campesina**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. Realizar ajustes a la propuesta metodológica de desarrollo modular de huertas caseras
2. Ajustar la propuesta a las necesidades del SENA
3. Revisar los resultados de la propuesta con base en los estudios técnicos.

**RESULTADOS:**

1. Exponer los lineamientos técnicos de la propuesta metodológica en la dirección nacional de formación para revisión y ajustes dentro la normatividad y las necesidades del SENA

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

1. Listado de asistencia
2. Registro fotográfico

**COMPROMISOS**

| **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
|---|---|---|
| 1. Reunión y ajustes a la propuesta | Javier Giraldo H | 13 de junio de 2024 |
| 2. | | |

**CONCLUSIÓNES:**

1. Se realiza exposición de metodología y se concluye que se debe ajustar la metodología a los criterios de la dirección de formación nacional.

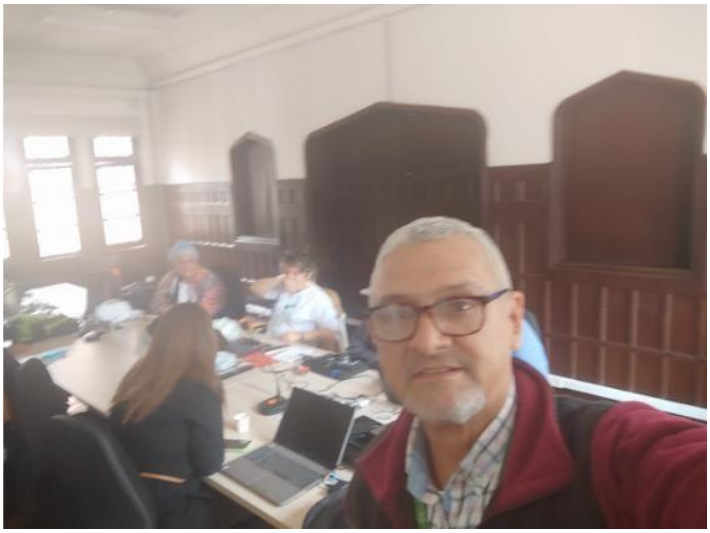
**DATOS DEL CONTRATISTA**

| **NOMBRE Y APELLIDO** | **FIRMA** |
|---|---|
| Javier Giraldo Herrera |  |

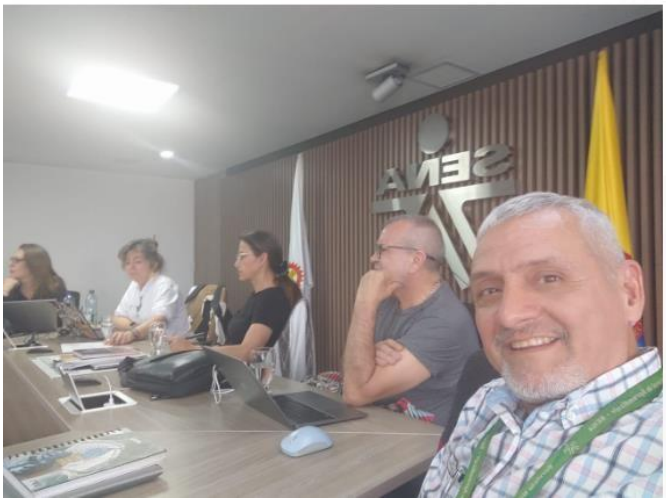
**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| **CARGO DEL SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR** | **FIRMA** |
|---|---|---|
| Coordinador Académico | John Antonio Castillo Valencia |  |









SENA

REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 24 DEL MES DE Mayo DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S): Mesa de Trabajo Diseño Modular - Economía Popular

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Luis Ariel [illegible] | 79[illegible]69 | X | | | DSNFT GGCL | [illegible] | — | — | |
| 2 | Sandra Ospina | 52150338 | X | | | DSNFT GGCL | sospina@sena. | 3015283102 | — | |
| 3 | Luz Mila Londoño | 39632563 | X | | | DEPI CGE | lmlondono@sena. | 3164[illegible] | N.A. | |
| 4 | [illegible] | 1019[illegible]079 | | X | | VRP | [illegible]@sena. | 3[illegible] | | |
| 5 | Jefferson Guzmán | 1030653142 | | X | | DSNFT GGCL | jeguzman@sena. | — | ✓ | |
| 6 | Emilse [illegible] | 31587801 | X | | | VALLE CNP | escomaglow@[illegible] | 3154022309 | | |
| 7 | Dina [illegible] | 1.14059589 | X | | | Valle CAB | [illegible] | 3186530150 | N.A | |
| 8 | [illegible] Florencia | 14.[illegible].412 | X | | | Valle CAB | rflorena@[illegible] | 301 2[illegible]427 | N.A | |
| 9 | Javier Gualdo | 14803006 | | X | | VALLE CAB | jagiraldo4@SENA.EDU.CO | 314 6304162 | N.A | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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.



COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE TULUÁ

NIT.891.900.254-9

Oficina Principal Tuluá: Calle 21 # 1W - 176 via Tuluá Riofrio
Teléfonos 224 2374 - 224 6469 - Fax: 225 4249
Terminal Tulua: Teléfonos 224 2331 - 224 2332
Oficina Terminal Cali: 667 3409 - 668 5470
Sevilla: 219 7627 - Buenaventura: 2423449 - Terminal Buga: 2362984

TIQUETE DE VIAJE

RUTA: BUGA - PALMIRA.

NOMBRE: JAVIER GIRALDO
C.C/NIT 14'865.006

Nº 45682

| COMPAÑÍA ASEGURADORA | PÓLIZA No. | VALOR PASAJE |
|---|---|---|
| EQUIDAD | AA 017188 | $9.000 |

| PLACA No. | FECHA | HORA |
|---|---|---|
| | 25-04-2024 | 06.'00 |

| EXPRESO CORRIENTE | No. INTERNO | SILLA No. |
|---|---|---|
| | | |

Coopetrans TULUA

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

NUESTRA EFICIENCIA ES CALIDAD CON SEGURIDAD

MONTES IMPRESORES. Tel. 2254144 Tuluá



Avianca — A STAR ALLIANCE MEMBER

Mr. Giraldo Herrera Javier **AV 8454**

| HORA EN SALA | GRUPO | ASIENTO |
|---|---|---|
| 05:49 | E | 15C |

Verifica la sala en las pantallas del aeropuerto

**CLO** CALI
Vie, 24 May |06:49
CALI ALFONSO B

**BOG** BOGOTA
Vie, 24 May |07:52
BOGOTA EL DOR, Terminal 1

SEC 56

**TU TARIFA ES Flex**

Equipaje de mano
SI/YES

Equipaje de bodega
1X23kg

Reserva: **4TI73S**
E-ticket: **134204063692601**
Viajero frecuente:

Operado por: **AVIANCA**
Vendido por:
Status:



Avianca — A STAR ALLIANCE MEMBER

Mr. Giraldo Herrera Javier **AV 9533**

| HORA EN SALA | GRUPO | ASIENTO |
|---|---|---|
| **19:54** | **E** | **17B** |

Verifica la sala en las pantallas del aeropuerto

**BOG** BOGOTA
Vie, 24 May |20:54
BOGOTA EL DORAD, Terminal 1

**CLO** CALI
Vie, 24 May |21:58
CALI ALFONSO

SEC **66**

**TU TARIFA ES Flex**

Equipaje de mano
SI/YES

Equipaje de bodega
1X23kg

Reserva: **4TI73S**
E-ticket: **134204063692602**
Viajero frecuente:

Operado por: **AVIANCA**
Vendido por:
Status:



**COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE TULUÁ**
NIT.891.900.254-9
Oficina Principal Tuluá: Calle 21 # 1W - 176 via Tuluá Riofrio
Teléfonos 224 2374 - 224 6469 - Fax: 225 4249
Terminal Tulua: Teléfonos 224 2331 - 224 2332
Oficina Terminal Cali: 667 3409 - 668 5470
Sevilla: 219 7627 - Buenaventura: 2423449 - Terminal Buga: 2362984

TIQUETE DE VIAJE

**RUTA:** PALMIRA _ BUGA.

NOMBRE: JAVIER GIRALDO
C.C/NIT 14'885.006
Nº 45898

| COMPAÑÍA ASEGURADORA | PÓLIZA No. | VALOR PASAJE |
|---|---|---|
| EQUIDAD | AA 017188 | $9.000 |

| PLACA No. | FECHA | HORA |
|---|---|---|
| | 25-04-2024 | 11:00 |

| EXPRESO CORRIENTE | No. INTERNO | SILLA No. |
|---|---|---|
| | | |

Coopetrans TULUA — Vigilado Supertransporte

NUESTRA EFICIENCIA ES CALIDAD CON SEGURIDAD

MONTES IMPRESORES. Tel. 2254144 Tuluá

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

Usuario que Genera Reporte: MHamartinv ALBETH MARTINEZ VALENCIA

Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-076-912410 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

Fecha y Hora Generación Reporte: viernes, 12 de abril de 2024

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 59624 | **Fecha Solicitud** | 2024-04-12 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-912410 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE** | | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2024-04-12 | **Genera Viáticos** | SI | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** | NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | AGROAMBIENTAL | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** | |

## CDP de viáticos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 2424 | **Dependencia Solicitante** | | 912445 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION | |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | | C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JAVIER GIRALDO HERRERA | CC: 14885006 | CONTRATISTA-Instructor FPI Regular | Autorizada | 2024-04-16 | 2024-04-16 | VALLE / BUGA | VALLE / CALI | 0,5 | No | 50 | 1,5 | 4.465.545,00 | 336.520,00 | 504.780,00 | 238.866,00 | 743.646,00 | VIATICOS FORMACION: Jornada de diseno curricular proyecto economias populares y comunitarias |
| | | | | 2024-04-17 | 2024-04-17 | VALLE / BUGA | VALLE / CALI | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| | | | | 2024-04-18 | 2024-04-18 | VALLE / BUGA | VALLE / CALI | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **504.780,00** | **238.866,00** | **743.646,00** | |

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 520824264339496578729996
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Localizacion: BOGOTA D.C.
Hora de firma: 2024/04/12 11:10:53 -05:00

**OBJETO DE LA COMISIÓN**

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: | MHamartinv | ALBETH MARTINEZ VALENCIA |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-076-912410 | CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | viernes, 12 de abril de 2024 | |

VIATICOS FORMACION: Jornada de diseno curricular proyecto economias populares y comunitarias

| ORDENADOR DEL GASTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 14897229 | Nombre: | ALBETH MARTINEZ VALENCIA | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA - VALLE |
| **VISTO BUENO JEFE INMEDIATO** | | | | | |
| Nombre: | "" | Cargo: | "" | | |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | ELIZBETH SANCHEZ CEBALLOS | Fecha Verificación: | 12/04/2024 11:03:49 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: ALBETH MARTINEZ VALENCIA
Cédula de ciudadanía: 14897229
Usuario SIIF: MHamartinv
12/04/2024 11:11:05 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.