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 CESAR

CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

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

Código Regional	20
Código Centro	952010
Fecha Elaboración	Junio de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	75308-152075

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	49.669.024	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gaapellidof@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	29773192438
IP/Nº de contacto:	3233748479	**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:	5926246/2024	**Nº Compromiso SIIF**	9524	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE AGROPECUARIA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2024-001439

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024**	**Al**	**30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.447.974
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 31.761.188
Valor Bruto Pago:			**$ 3.452.303,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.995.671

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.452.303	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.452.303**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.288.303**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**5166029001**
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% $30.984.458	$ 763.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. $ 2.683.577		
Retención en la Fuente Contingente	$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.288.303,00	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-Universidad	17.262,00	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	**$3.435.041,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizo la socialización del grado 9ª con padres de familia de la IE LOS ANGELES corregimiento de rio de oro Cesar.
Se orientó formación de manera presencial en los programas de articulación con la media
Registrar la información y evaluar los resultados de las labores del establecimiento, manejo, control sanitario,
Realizar y documentar el manejo integrado del cultivo (MIC) de acuerdo con los parámetros técnicos, tipo de cultivo y políticas empres
atender actividades de reproducción según protocolo reproductivo de la empresa
suministrar plan de alimentación según especie, fase productiva, propósitos y criterios técnicos.
Se realizo con los aprendices de las instituciones educativas
Me desplace a los municipios de Pailitas, villa de san andres, la gloria, los Angeles, con el fin de impartir formacion profesional
Se presento la agenda y el informe de legalización del mes en curso.

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

GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA
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,

JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA
INSTRUCTOR G08

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
SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	49669024
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CRA 21A NRO 10-28	TELÉFONO:	5651023
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Formación académica no formal.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5166029001**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0998086103

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 221.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 221.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 172.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 172.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 14.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 14.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 408.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 408.200**

Planilla Pagada

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

Usuario que Genera Reporte:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	martes, 21 de mayo de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	47824	**Fecha Solicitud**	2024-05-20	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-020-952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-05-21	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	SENAMEN			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3024	**Dependencia Solicitante**		952011 INTEGRACION CON LA MEDIA TECNICA	
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**	-		

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
GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA 1	CC: 49669024	CONTRATISTA	Autorizada	2024-05-22	2024-05-22	CESAR / AGUACHICA	CESAR / RIO - ORO	0,5	No	50	0,5	3.452.303,00	214.075,00	107.038,00	0,00	107.038,00	VIATICOS FORMACION 22 MAY RIO DE ORO - IMPARTIR FORMACIÓN EN EL MUNICIPIO.
											Totales Solicitud de Comisión			**107.038,00**	**0,00**	**107.038,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 22 MAY RIO DE ORO - IMPARTIR FORMACIÓN EN EL MUNICIPIO.

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	49655633	Nombre:	SADY CASELLES OSORIO	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROEMPRESARIAL - CESAR

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

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: 2024/05/21 09:18:51 -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:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	martes, 21 de mayo de 2024	

Verificado Por:	MARIBEL ANGARITA VEGA	Fecha Verificación:	21/05/2024 8:32:57

Firmado digitalmente por:
Nombre: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Cédula de ciudadanía: 49655633
Usuario SIIF: MHscaselle
21/05/2024 9:19:13 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.

	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					03/05/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA					**Tipo:**	CC	**No.**	49669024
CONTRATO	**No.**	**5926246**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	19	11	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor en el área de PRODUCCION AGROPECUARIA para impartir formación profesional integral presencial en el marco del programa de articulación con la educación media del Centro Agroempresarial del SENA en el departamento del Cesar.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cesar				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**centro agroempresarial**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO				**CARGO**	SUBDIRECTORA E.		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	ROBINSON LOBO HERNANDEZ				**CARGO**	Coord. Academico		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	**AGUACHICA-LOS ANGELES (RIO DE ORO) -AGUACHICA**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cesar				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**centro agroempresarial**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Cesar			**ENTIDAD O EMPRESA:**	IE. LOS ANGELES		**CONTACTO**	Carlos Muñoz 3166186420
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	22	5	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**	22	5	2024	
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación en el municipio de Río de oro							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Orientar la formación de aprendices en el área, en las competencias, los resultados de aprendizaje y las actividades de los proyectos de formación programados, dentro de los tiempos que, para cada acción, se determine por parte del centro de formación.
2	Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato, en caso de que se requiera.
3	Presentar agendas e informes de legalización correspondientes a las órdenes de desplazamiento, cuando a esto se diere lugar, en un plazo máximo de 5 días, posteric

AGENDA

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

DIA 1: 22/05/2024
Desplazamientos: Desplazamiento desde el municipio de Aguachica al corregimiento los Angeles a las instalaciones de la subsede del Centro Agroempresarial.
Medio de transporte: Terrestre
Actividades a ejecutar: Impartir formación presencial en el corregimiento los Angeles, los aprendices de la ficha: 2720113 del programa técnico en produccion Agropecuaria, articulados con la institución educativa los Angeles, corregimiento rio de oro.
Desplazamientos Internos: N/A
Desplazamientos Ruta de regreso: Desplazamiento desde el corregimiento los Angeles al municipio de Aguachica.
Medio de transporte: Terrestre

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Firmado digitalmente por SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO Fecha: 2024.05.16 15:09:49 -05'00'	Firmado digitalmente por Robinson Lobo Hernandez Fecha: 2024.05.09 14:57:03 -05'00'	
Nombres y Apellidos: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO	**Nombres y Apellidos: ROBINSON LOBO HERNANDEZ**	
Cargo: SUBDIRECTORA E.	**Cargo: COORDINADOR ACADEMICO**	**Nombres y Apellidos: GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA**

Proceso GESTIÓN DE TALENTO HUMANO Formato AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA	Versión: 04 Código: GTH-F-090

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

NO IMPRIMIR

1. Generalidades

El objetivo del formato es registrar las actividades de los contratistas que se desplazan fuera de la sede habitual de trabajo, autorizado por el SENA a desarrollar actividades que se relacionan con el objeto del contrato.

2. Instrucciones para diligenciar las casillas

	NOMBRE DE LA CASILLA	INSTRUCCIONES	TENER EN CUENTA
DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA	**FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA**	Escriba el día, mes y año en que se elabora el documento.	N/A
	NOMBRES Y APELLIDOS	Escriba tal como aparece en el Contrato de Prestación de Servicios vigente el nombre(s) y apellidos del contratista que se desplaza.	N/A
	IDENTIFICACIÓN:	Escriba el tipo y número de identificación del contratista que se desplaza.	N/A
	CONTRATO	Escriba el número asignado al Contrato Prestación de Servicios firmado con el SENA, el año y la fecha de vencimiento del mismo.	N/A
	OBJETO CONTRACTUAL:	Escriba el objeto tal como aparece en la **CLÁUSULA PRIMERA** del Contrato de prestación de servicios firmado con el SENA.	N/A
	DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Seleccione de la lista desplegable: Dirección General o Dirección Regional que se relaciona en el **numeral 2** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios.	N/A
	DEPENDENCIA/ CENTRO	Seleccione de la lista desplegable: Dirección de Área, Oficina o Centro de Formación que se relaciona en el **numeral 2** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios.	N/A
	NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	Escriba el nombre y el cargo del ordenador del gasto de acuerdo con lo descrito en el **numeral 6** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios	N/A
	SUPERVISOR	Escriba el nombre y el cargo del supervisor relacionado en la **CLÁUSULA SÉPTIMA** del contrato de prestación de servicios.	N/A
ORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO	**RUTA**	Diligencie este campo describiendo las ciudades o municipios a los que se desplazará iniciando con la ciudad de origen ejemplo: Bogotá - Cartagena- Medellín - Fusa - Bogotá	N/A
	DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Diligencia este campo **SOLO** cuando el desplazamiento del contratista es a una dependencia del SENA. Seleccione de la lista desplegable: Dirección General o Dirección Regional	N/A
	DEPENDENCIA/ CENTRO	Diligencia este campo **SOLO** cuando el desplazamiento del contratista es a una dependencia del SENA. Seleccione de la lista desplegable: Dirección de Área, Oficina o Centro de Formación.	N/A
	CIUDAD/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS:	Diligencie este campo **SOLO** cuando corresponda a un desplazamiento nacional diferente a Regional o Centro de Formación o cuando corresponda a un desplazamiento internacional. Escriba ciudad y departamento o país a la cual se	N/A
	ENTIDAD O EMPRESA:	Escriba el nombre completo de la organización en donde se cumplirá el objeto de su desplazamiento y el nombre del contacto.	N/A
	CONTACTO	Escriba el nombre de la persona que sirve de contacto de la organización en donde se cumplirá el objeto de la comisión.	N/A
	FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	Escriba el día, mes y año en que inicia el desplazamiento.	N/A
	FECHA FIN DESPLAZAMIENTO	Escriba el día, mes y año en que finaliza el desplazamiento.	N/A
	OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	En este campo se describe el objeto del desplazamiento, el cual debe ser directamente relacionado con su objeto y obligaciones contractuales (CLÁUSULAS PRIMERA Y CUARTA, PARAGRAFO TERCERO del contrato de prestación de servicios).	N/A
	OBLIGACIONES DEL CONTRATO	Escriba la(s) obligación(es) de su contrato de prestación de servicios que se relaciona(n) con el objetivo del desplazamiento.	N/A

INFO			
	AGENDA	Relacione las actividades concertadas previamente con el supervisor de su contrato y con las cuales se cumplirá el objeto del desplazamiento. (Incluya filas si lo considera necesario) y la fecha en la que se desarrollarán.	N/A
	ACTIVIDADES	Especificar la hora prevista para desarrollar las actividades que justifican el desplazamiento del contratista, detallando el lugar (dependencia del SENA o institución visitada) donde se llevarán a cabo las actividades.	N/A
	OBSERVACIONES	Relacione los gastos de transporte que se generarán en el desarrollo de la comisión, de acuerdo con la Circular de Escala de viáticos para contratistas que se encuentre vigente al momento de solicitar la comisión.	N/A
	Autoriza la Comisión (Nombre y Cargo)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) y cargo del ordenador del gasto	N/A
	Supervisor (Nombre y Cargo)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) completos del supervisor	N/A
	Comisionado (Nombre)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) completos del contratista	N/A

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

Usuario que Genera Reporte:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 23 de mayo de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	52724	**Fecha Solicitud**	2024-05-22	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad**	**- 36-02-00-020-952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-05-23	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	SENAMEN			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3024	**Dependencia Solicitante**		952011 INTEGRACION CON LA MEDIA TECNICA	
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**	-		

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
GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA 1	CC: 49669024	CONTRATISTA	Autorizada	2024-05-24	2024-05-24	CESAR / AGUACHICA	CESAR / PAILITAS	0,5	No	50	0,5	3.452.303,00	214.075,00	107.038,00	0,00	107.038,00	VIATICOS FORMACION 24 MAY PAILITAS - IMPARTIR FORMACION EN EL MUNICIPIO.
											Totales Solicitud de Comisión			**107.038,00**	**0,00**	**107.038,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 24 MAY PAILITAS - IMPARTIR FORMACION EN EL MUNICIPIO.

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	49655633	Nombre:	SADY CASELLES OSORIO	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROEMPRESARIAL - CESAR

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

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: 2024/05/23 10:40:38 -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:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 23 de mayo de 2024	

Verificado Por:	MARIBEL ANGARITA VEGA	Fecha Verificación:	23/05/2024 8:07:48

Firmado digitalmente por:
Nombre: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Cédula de ciudadanía: 49655633
Usuario SIIF: MHscaselle
23/05/2024 10:41:03 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.

	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					09/05/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA					**Tipo:**	CC	**No.**	49669024
CONTRATO	**No.**	**5926246**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	19	11	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor en el área de PRODUCCION AGROPECUARIA para impartir formación profesional integral presencial en el marco del programa de articulación con la educación media del Centro Agroempresarial							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cesar				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**centro agroempresarial**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO				**CARGO**	SUBDIRECTORA E.		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	ROBINSON LOBO HERNANDEZ				**CARGO**	Coord. Academico		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO							
RUTA	**AGUACHICA-PAILITAS-AGUACHICA**						
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cesar			**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**centro agroempresarial**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Cesar			**ENTIDAD O EMPRESA:**	IE. ROSA JAIMES BARRERA	**CONTACTO**	Yenith Acosta 3218900546
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	24	5	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**	24	5	2024
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación en el municipio de pailitas						

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Orientar la formación de aprendices en el área, en las competencias, los resultados de aprendizaje y las actividades de los proyectos de formación programados, dentro de los tiempos que, para cada acción, se determine por parte del centro de formación.
2	Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato, en caso de que se requiera.
3	Presentar agendas e informes de legalización correspondientes a las órdenes de desplazamiento, cuando a esto se diere lugar, en un plazo máximo de 5 días, pos

AGENDA

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

DIA 1: 24/05/2024
Desplazamientos: Desplazamiento desde el municipio de Aguachica al municipio de pailitas a las instalaciones de la subsede del Centro Agroempresarial.
Medio de transporte: Terrestre
Actividades a ejecutar: Impartir formación presencial en el municipio de pailitas a los aprendices de la ficha: 2726222 del programa técnico en produccion Agropecu aria, articulados con la institución educativa Rosa Jaimes Barrera.
Desplazamientos Internos: N/A
Desplazamientos Ruta de regreso: Desplazamiento desde el municipio de pailitas al municipio de Aguachica.
Medio de transporte: Terrestre

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Firmado digitalmente por SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO Fecha: 2024.05.16 15:10:07 -05'00'	Firmado digitalmente por Robinson Lobo Hernandez Fecha: 2024.05.09 14:58:08 -05'00'	
Nombres y Apellidos: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO	**Nombres y Apellidos: ROBINSON LOBO HERNANDEZ**	
Cargo: SUBDIRECTORA E.	**Cargo: COORDINADOR ACADEMICO**	**Nombres y Apellidos: GEINNY ARLEIDA FELIZZOLA**