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 BOLÍVAR**

**CENTRO NAUTICO ACUICOLA Y PESQUERO-BOLÍVAR**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **13** |
| **Código Centro** | **910510** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **13743-588925** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | XIOMARA INES OROZCO MEDINA | **Banco a consignar:** | |
| **Cédula de Ciudadanía** | 45.485.844 | **Tipo de cuenta:** | |
| **Correo electrónico:** | xorozcom@gmail.com | **Número de Cuenta:** | |
| **IP/Nº de contacto:** | 3175052218 | **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:** | 6345941/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **53924** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 5 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORIA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO RURAL Y CAMPESINO; DEFINID |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/07/2024** | **Al** | **31/07/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 9.973.203 |
| **Número de pago** | **3** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 16.671.363 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.440,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 5.507.763 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.440 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 800.000 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.265.440** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.553.640** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Julio | Junio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **7935856072** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.176 | $ 1.786.176 |
| 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% | $ 15.492.229 | $ 1.184.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 1.909.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.553.640,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.465.440,00 | |
| 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 - CARTAGENA | 38.224,00 | 0,856% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| 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** | **$4.427.216,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

3015178 GENERACION DE IDEAS PARA UN NEGOCIO INNOVDOR CICUCO CORREGIMIENTO SAN FRANCISCO DE LOBA 8 HORAS
ASESORIA ASOCIATIVIDAD 1 CICUCO CORREGIMIENTO SAN FRANCISCO DE LOBA 8 HORAS
ASESORIA ASOCIATIVIDAD 1 CICUCO CORREGIMIENTO SAN FRANCISCO DE LOBA 8 HORAS
ASESORIA ASOCIATIVIDAD 1 MOMPOX CABECERA MUNICIPAL 8 HORAS
ASESORIA FORMULACION PROYECTOS CICUCO corregimiento san francisco de loba 40 HORAS
ASESORIA FORMULACION PROYECTOS CICUCO corregimiento san francisco de loba 48 HORAS
ASESORIA FORMULACION PROYECTOS MOMPOX CABECERA 40 HORAS

**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

**XIOMARA INES OROZCO MEDINA**
**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,

**CARMEN MARIA DAVILA MILLAN**
**INSTRUCTOR G20**

**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**
**GUIDO DEL CARMEN ZUÑIGA OSPINO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

02/08/24 12:08:02 USUARIO: SIC - C.C. 45485844

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 45485844 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | XIOMARA INES OROZCO MEDINA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CARTAGENA | DEPARTAMENTO: | BOLIVAR |
| DIRECCIÓN: | BLAS DE LEZO | TELÉFONO: | 6533494 |
| 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: | **7935856072** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES junio AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 19 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/07/30 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 809814257 |

**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 | $ 284.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.100 | $ 0 | $ 284.800 | $ 4.100 | $ 288.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 284.800** | **$ 4.100** | **$ 288.900** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 222.500 | $ 0 | $ 3.200 | $ 0 | $ 222.500 | $ 3.200 | $ 0 | $ 225.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 222.500** | **$ 3.200** | **$ 0** | **$ 225.700** |

**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 | $ 9.300 | $ 9.300 | $ 200 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.300** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 9.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 45485844 | OROZCO MEDINA XIOMARA INES | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.780.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.780.000 | $ 284.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 284.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.780.000 | $ 222.500 | $ 0 | $ 222.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.780.000 | 45485844 | $ 9.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 524.100** |

**PARA:** ASTRID ROMERO
**DE:** ORDENADOR DEL GASTO

**ASUNTO:** PAGO No Orden de viaje **22624,** Valor total $800.000

Prestar servicios profesionales en el rol de instructor de emprendimiento aportando en la planeación, ejecución, evaluación y mejora continua de los procesos de formación y asesoría técnica para el emprendimiento rural y campesino; definidos por la Dirección de Empleo y Trabajo y la Coordinación Nacional del programa SER - CAMPESENA

Como ordenador del Gasto **Autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago**:

**NOMBRE DE LA PERSONA JURIDICA O NATURAL**: XIOMARA INES OROZCO MEDINA
**CEDULA O NIT**: 45485844
**TIPO DE DOCUMENTO CONTRACTUAL** Contrato No. CO1.PCCNTR.6345941
**CONCEPTO DEL PAGO**: TRANSPORTE MES JUNIO

| | |
|---|---|
| **Valor antes de IVA** | **$ 800.000** |
| **Valor del IVA** | **$** |
| **Valor Total Notas Crédito** | **$ VALOR TOTAL** |
| **Valor total Notas Debito** | **$** |
| **Valor total Pago** | **$800.000** |

El pago debe realizarse teniendo en cuenta los datos en la siguiente tabla:

**TABLA No. 1 Registro Presupuestal número** 61824 **de 2024**

| Dependencia | Posición del Gasto | Fuente | | Recurso | Situación | PAC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 910538 CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO | C-3603-1300-19-708020-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACION DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR NACIONAL | NACION | | 10 | CSF | $800.000 |

| Dependencia | Posición del Gasto | Fuente | | Recurso | Situación | PAC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | **Total** | | | | | $800.000 |

**USO PRESUPUESTAL a aplicar** A INSTANCIAS CORTAS A-02-02-02-006-004- SERVICIOS TRANSPORTE DE PASAJEROS

El giro de los recursos debe realizarse a la **Nº 67866613149 cuenta de ahorro** del banco **Colombia a** nombre de **XIOMARA INES OROZCO MEDINA, CC 45485844**

Por lo anterior, autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago a favor de XIOMARA INES OROZCO MEDINA

Atentamente,



Firmado digitalmente
por GUIDO DEL CARMEN
ZUÑIGA OSPINO
Fecha: 2024.07.04
14:12:50 -05'00'

**GUIDO DEL CARMEN ZUÑIGA OSPINO**
Sub director de centro
Centro Internacional Náutico Fluvial y Portuario Mamonal km 5
Tel.: 5461500 ip 52695
gzuniga@sena.edu.co Cartagena, Colombia

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

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHgdzuniga | GUIDO DEL CARMEN ZUNIGA OSPINO |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-013-910510 | CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO - BOLIVAR |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | miércoles, 19 de junio de 2024 | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 22624 | **Fecha Solicitud** | 2024-06-18 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-013-910510 CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO - BOLIVAR** | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2024-06-19 | **Genera Viáticos** | NO | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** NO |
| **Transporte por Vía** | Ferroviario | **Área u Oficina** | administrativo | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** |

## CDP de viáticos

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 3124 | **Dependencia Solicitante** | 910538 CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO - BOLIVAR - EMPRENDE RURAL |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | - | **Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje** | C-3603-1300-19-708020-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACION DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| XIOMARA INES OROSCO MEDINA | CC: 45485844 | | Autorizada | 2024-06-24 | 2024-06-27 | BOLIVAR / CARTAGENA | BOLIVAR / CICUCO | 3 | No | 0 | 3 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 800.000,00 | 800.000,00 | IMAPRTIR FORMACION EN LOS MUNICIPIOS DE CICUCO, MOMPOX APOYO A TRANSPORTE INSTRUCTOR CAMPESENA - SER EMPRENDE |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **0,00** | **800.000,00** | **800.000,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

IMAPRTIR FORMACION EN LOS MUNICIPIOS DE CICUCO, MOMPOX APOYO A TRANSPORTE INSTRUCTOR CAMPESENA - SER EMPRENDE

## ORDENADOR DEL GASTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 73118434 | Nombre: | GUIDO DEL CARMEN ZUÑIGA OSPINO Firmado digitalmente por GUIDO DEL CARMEN ZUÑIGA OSPINO Fecha: 2024.06.20 10:06:53 -05'00' | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO NAUTICO, ACUICOLA Y PESQUERO - BOLIVAR |

## VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | "" | Cargo: | "" |

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/06/19 15:54:16 -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: | MHgdzuniga | GUIDO DEL CARMEN ZUNIGA OSPINO |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-013-910510 | CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO - BOLIVAR |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | miércoles, 19 de junio de 2024 | |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | LUBIZ ESTHER OJEDA ROMERO | Fecha Verificación: | 19/06/2024 15:10:08 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: GUIDO DEL CARMEN ZUNIGA OSPINO
Cédula de ciudadanía: 73118434
Usuario SIIF: MHgdzuniga
19/06/2024 3:54:36 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.

| | |
|---|---|
| SENA | Versión: 04<br>Código: GTH-F-090 |

**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

**FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA**

| **DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA** | | | | | **24/06/2024** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | | | | | **IDENTIFICACIÓN: 45485844** | | | |
| **XIOMARA INES OROZCO MEDINA** | | | | | **Tipo:** | **C.C.** | **No.** | **45485844** |
| **CONTRATO** | **No.** | No. CO1.PCCNTR .6345941 | AÑO | 2024 | **FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO** | 13 | 9 | 2024 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | Prestar servicios profesionales en el rol de instructor de emprendimiento aportando en la planeación, ejecución, evaluación y mejora continua de los procesos de formación y asesoria técnica para el emprendimiento rural y campesino; definidos por la Dirección de Empleo y Trabajo y la Coordinación Nacional del programa SER- (CAMPESENA) | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Bolívar | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro Internacional Náutico, Fluvial y Portuario** | | |
| **NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)** | Guido del Carmen Zuñiga Ospino | | | | **CARGO** | Sub Director | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO** | Carmen Davila Millan | | | | **CARGO** | Coordinadora Programas Especiales | | |

| **INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RUTA** | **CICUCO / MOMPOX / COFREGIMIENTOS** | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Bolívar | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | PROGRAMA SER / CAMPESENA | | |
| **CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS** | | | | **ENTIDAD O EMPRESA:** | SENA | | **CONTACTO** | 12525 |
| **FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO** | 24 | 6 | 2024 | **FECHA FIN DESPLAZAMIENTO** | | 27 | 6 | 2024 |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO** | IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA | | | | | | | |

| **OBLIGACIONES DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| 1 | De la formación: Planear, ejecutar, realizar seguimiento y evaluar las acciones de formación para el emprendimiento |
| 2 | Ejecutar las acciones de formación haciendo uso de la estrategia pedagógica de "formación por |
| 3 | |

**AGENDA**

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

Impartir formación en los municipios asignados CICUCO corregimiento de San Francisco-MOMPOX

**FIRMAS**

| **FIRMA ORDENADOR DE GASTO:** | **FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :** | **FIRMADEL CONTRATISTA:** |
|---|---|---|
| Firmado digitalmente por GUIDO DEL CARMEN ZÚÑIGA OSPINO<br>Fecha: 2024.05.17 16:43:04 -05'00' | | |
| **Nombres y Apellidos: GUIDO ZUÑIGA OSPINO** | **Nombres y Apellidos: CARMEN DAVILA MILLAN** | |
| **Cargo: SUB DIRECTOR** | **Cargo: SUPERVISORA DE CONTRATO** | **Nombres y Apellidos: XIOMARA INES OROZCO MEDINA** |

# SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
# COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE
# INFORMALEN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:** | CARTAGENA 28 DE JUNIO 2024 | **Codigo Regional :** | **13** |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | XIOMARA INES OROZCO MEDINA | **Codigo Centro:** | **CINAFLUP** |
| **No. DOCUMENTO IDENTIDAD:** | 45485844 | **Fecha de elaboración:** | **28 DE JUNIO 2024** |
| | | **ID Proceso:** | |

En desarrollo de la comisión No. **22624** durante los días **24 AL 27** del mes de JUNIO 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 JUNIO 2024 | DESPLAZAMIENTO CICUCO Y CORREGIMIENTOS | TERRESTRE , MOTO, | 200.00 |
| 25 JUNIO 2024 | DESPLAZAMIENTO CICUCO Y CORREGIMIENTOS | TERRESTRE,MOTO | 200.00 |
| 26JUNIO 2024 | DESPLAZAMIENTO MOMPOX Y CORREGIMIENTOS | TERRESTRE MOTO | 200.00 |
| 27 JUNIO 2024 | DESPLAZAMIENTO MOMPOX Y CORREGIMIENTOS | TERRESTRE MOTO | 200.00 |
| | | | |
| | **RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:** | | **800.000** |

Para efectos legales el CONTRATISTA certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor
Efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

***Este formato aplica unicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.***

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y el Supervisor de Contrato, se autoriza el presente gasto**

| COMISIONADO CONTRATISTA | SUPERVISOR DE CONTRATO | ORDENADOR DEL GASTO |
|---|---|---|
| **Nombre completo:** XIOMARA INES OROZCO MEDINA | **Nombre completo:** CARMEN DAVILA MILLAN **Cargo** | **Nombre completo:** GUIDO ZUÑIGA OSPINO |
| **Firma:** | **Firma:** | **Cargo:** SUB DIRECTOR |
| | | **Firm** Firmado digitalmente por GUIDO DEL CARMEN ZUÑIGA OSPINO Fecha: 2024.07.04 14:13:27 -05'00' |

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA 28 DE JUNIO DE 2024**

**PRESENTADO A**: GUIDO DEL CARMEN ZUÑIGA OSPINO SUBDIRECTOR G02 - CINAFLUP

| ORDEN DE VIAJE No: | FECHA DE INICIO: | FECHA DE FINALIZACION: |
|---|---|---|
| **22624** | **24 DE JUNIO DE 2024** | **27 DE JUNIO DE 2024** |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO CICUCO Y MOMPOX CORREGIMIENTOS** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA : ( ciudad)** |
| | **Bolívar/Centro Internacional Náutico Fluvial y Portuario** | **BOLIVAR** |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:**
**IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. **Articulación con lideres**
2. **Socialización e impartir Formación del programa CAMPESENA**

**RESULTADOS:**

1. **MATRICULAS Y APRENDICES INSCRITOS**

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

1. **ORDEN DE VIAJE-INFORME-CONTRATISTA**
2. **COPIAS DE RECIBIDO CARTAS DE PRESENTACION A LAS ALCALDIAS DE LOS MUNICIPÌOS**
3. **ACTAS DE ASISTENCIAS DE LAS REUNIONES EN LOS MUNICIPIOS.**
4. **FOTOS DE ACTIVIDADES**

**COMPROMISOS**

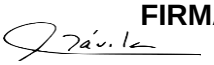
| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| **1. IMPARTIR FORMACION** | **XIOMARA INES OROZCO MEDINA** | **24 AL 27 DE JUNIO DE 2024** |

**CONCLUSIÓNES:**
**1. Se impartió la formación de acuerdo a la competencia establecida**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| NOMBRE Y APELLIDO | FIRMA |
|---|---|
| XIOMARA INES OROZCO MEDINA |  |

**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| | | |
|---|---|---|
| **COORDINADORA DE PROGRAMAS ESPECIALES** | **CARMEN DAVILA MILLAN** | **FIRMA**  |

## Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHalromera | ASTRID LEONOR ROMERO ALVAREZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-013-910510 | CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO - BOLIVAR |
| Fecha y Hora Sistema: | 2024-06-20-2:10 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 3124 de fecha 2024-01-24. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 61824 | **Fecha Registro:** | 2024-06-20 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-013-910510 CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO - BOLIVAR | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 800.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 800.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 800.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: Cédula de Ciudadanía** | 45485844 | **Razón Social:** | XIOMARA INES OROSCO MEDINA | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 67866613149 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 73118434 | **Nombre:** | GUIDO DEL CARMEN ZUÑIGA OSPINO | **Cargo:** | SUBDIRECTOR CENTRO NAUTICO, ACUICOLA Y PESQUERO - BOLIVAR |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | Si | **Num. Solicitud de Comisión:** | **22624** | **Número:** | 22624 | **Tipo:** | ACTO ADMINISTRATIVO | **Fecha:** | 2024-06-20 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 910538 CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO - BOLIVAR - EMPRENDE RURAL | C-3603-1300-19-708020-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACION DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 800.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 800.000,00 | 0,00 | 800.000,00 | 800.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | IMAPRTIR FORMACION EN LOS MUNICIPIOS DE CICUCO, MOMPOX APOYO A TRANSPORTE INSTRUCTOR CAMPESENA -... |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-013-910510 | CENTRO NAUTICO ACUICOLA Y PESQUERO-BOLIVAR | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2024-06-24 | 800.000,00 | 800.000,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**