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** | **Julio de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **35016-167139** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | QUINTERO HERRERA EDER LIZARDO | **Banco a consignar:** | BANCO AGRARIO DE COLOMB |
| **Cédula de Ciudadanía** | 18.904.379 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | eder19@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 424650035636 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **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:** | 6001687/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **29824** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 9 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE PRODUCION PECUARIA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL EN EL PROGRAMA DE DESPLAZADOS DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2024-002317 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/07/2024** | **Al** | **31/07/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 22.327.725 |
| **Número de pago** | **5** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 40.189.905 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 17.862.180 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 126.195 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.591.740** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.908.340** | **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** | | ---------- | **4553873200** |
| **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 | $ 185.600 | |
| Renta Exenta 25% | $ 27.886.012 | $ 970.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.751.786 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.908.340,00 | 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 | 22.959,00 | 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** | **$4.442.586,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1impartir formación profesional en el programa desplazados en el área pecuaria en los cursos de ficha:3024833 alimentación de peces de en corregimiento de la mata municipio de la gloriaficha:3019020 aplicación de prácticas de alimentación en bovino en Aguachica con la asociación madre cabeza de hogar y victimas ficha 3024834 criar gallinas ponedoras con alimentación alterna para producir huevos semi 2Realizar y desarrollar las guías de aprendizaje 3Diseñar y desarrollar pruebas didácticas 4Se realizó este proceso donde se les dio dio a conocer la oferta Educativa a personal Desplazado y Vulnerable correspondiente al año 20245Registrar las inasistencias de los ap aprendices a formación en las diferentes plataformas tecnológicas institucionales6Asociar a los aprendices a la ruta de aprendizaje 7Evaluar y registrar juicios evaluativos según programación8Manejo de las diferentes plataformas las cuales se deben utilizar 11Desplazarme a los diferentes municipios del Cesar12Reportar al líder y el supervisor de contrátalos los documentos solicitados 13Se mantiene actualizado el portafolio con los respectivos documentos solicitados en cada ficha 23Se realizó desplazamiento al munici

**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

**QUINTERO HERRERA EDER LIZARDO**
**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,

**HENRY ALEXANDER FLECHAS PEÑA**
**INSTRUCTOR G16**

**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)**

15/07/24 15:43:59 USUARIO: SIC - C.C. 18904379

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 18904379 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDER LIZARDO QUINTERO HERRERA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | RIO DE ORO | DEPARTAMENTO: | CESAR |
| DIRECCIÓN: | CARRETERA CENTRAL | TELÉFONO: | 5619571 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4553873200** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES junio AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/07/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9999192901 |

**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 | $ 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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 18904379 | QUINTERO HERRERA EDER LIZARDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.785.682 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.785.682 | $ 285.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 285.800 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.785.682 | $ 223.300 | $ 0 | $ 223.300 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.785.682 | 18904379 | $ 18.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

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

# 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: | viernes, 7 de junio de 2024 | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 64324 | **Fecha Solicitud** | 2024-06-07 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-020-952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR** | | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2024-06-07 | **Genera Viáticos** | SI | **Genera gastos de viaje** | No | **Requiere Pasajes Aéreos** | NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | DESPLAZADOS | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** | |

## CDP de viáticos

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 2924 | **Dependencia Solicitante** | 952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL REGIONAL CESAR |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN COMPETENCIAS PARA LA INSERCIÓN LABORAL - MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PARA LA EMPLEABILIDAD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR EL CONFLICTO ARMADO A NIVEL 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| QUINTERO HERRERA EDER LIZARDO | CC: 18904379 | CONTRATISTA | Autorizada | 2024-06-14 | 2024-06-14 | CESAR / AGUACHICA | CESAR / PELAYA | 0,5 | No | 50 | 0,5 | 4.465.545,00 | 252.390,00 | 126.195,00 | 0,00 | 126.195,00 | VIATICOS FORMACION 14 JUN PELAYA - IMPARTIR FORMACIÓN FICHA 3005445 PRACTICAS DE ALIMENTACION DE POLLO DE ENGORDE. |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **126.195,00** | **0,00** | **126.195,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 14 JUN PELAYA - IMPARTIR FORMACIÓN FICHA 3005445 PRACTICAS DE ALIMENTACION DE POLLO DE ENGORDE.

## 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: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/06/07 12:32:37 -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: | MHscaselle | SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-020-952010 | CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | viernes, 7 de junio de 2024 | |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | MARIBEL ANGARITA VEGA | Fecha Verificación: | 07/06/2024 12:17:08 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Cédula de ciudadanía: 49655633
Usuario SIIF: MHscaselle
7/06/2024 12:32:57 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** | | | | | 4/06/2024 | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | | | | | **IDENTIFICACIÓN:** | | | |
| EDER LIZARDO QUINTERO HERRERA | | | | | **Tipo:** | **C.C.** | **No.** | 18.904.379 |
| **CONTRATO** | **No.** | CO1.PCCNTR. 6001687 | **AÑO** | 2024 | **FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO** | 15 | 09 | 2024 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | Prestar los servicios personales de carácter temporal, como instructor en el área de PRODUCION PECUARIA para impartir formación profesional integral presencial en el programa de desplazados 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 | | | | **CARGO** | Subdirectora (e ) | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO** | JOSE ALEJANDRO OROZCO | | | | **CARGO** | Coord. Académico CAE | | |

| **INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RUTA** | **AGUACHICA – PELAYA** | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Cesar | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro Agroempresarial** | | |
| **CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS** | Cesar | | | **ENTIDAD O EMPRESA:** | SENA | | **CONTACTO** | |
| **FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO** | 14 | 6 | 2024 | **FECHA FIN DESPLAZAMIENTO** | | 14 | 6 | 2024 |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO** | IMPARTIR FORMACION EN EL MUNICIPIO PELAYA, CODIGO DE FICHA 3005445 PRACTICAS DE ALIMENTACION PARA POLLOS DE ENGORDE | | | | | | | |

| **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 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 | |

**AGENDA**

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

**Día 1: 14/06/2024**
Desplazamientos ruta de ida: Aguachica – Pelaya
Medio de transporte: terrestre.

Actividades a ejecutar: Mapa de proceso de alimentación según procedimiento y recomendaciones técnicas.

Desplazamientos Ruta de regreso: Pelaya – Aguachica
Medio detransporte:terrestre

**FIRMAS**

| **FIRMA ORDENADOR DE GASTO:** | **FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | **FIRMA DEL CONTRATISTA:** |
|---|---|---|
| Firmado digitalmente por SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO Fecha: 2024.06.06 15:38:49 -05'00' | Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.06.06 10:14:08 -05'00' | |
| **Nombres y Apellidos:** **SADY TORCOROMA CASELLES** | **Nombres y Apellidos: JOSE ALEJANDRO OROZCO** | |
| **Cargo:** **Subdirectora (e )** | **Cargo:** **Coord. Académico CAE** | **Nombres y Apellidos:** **EDER LIZARDO QUINTERO HERRERA** |

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA** Aguachica – Cesar 17/06/2024

**PRESENTADO A**: SADY TORCOROMA CASELLES

| **ORDEN DE VIAJE No:** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
|---|---|---|
| **64324** | 14/06/2024 | 14/06/2024 |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA : ( ciudad)** |
| | Cesar/Centro Agroempresarial | PELAYA |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:**

IMPARTIR FORMACION EN EL PROGRAMA PRACTICAS DE ALIMENTACION PARA POLLOS DE ENGORDE EN EL MUNICIPIO DE PELAYA

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. ELABORACION DE CONCETRADO CASERO PARA POLLOS DE ENGORDE

**RESULTADOS:**

**1.** Se verifico el Cumplimiento de las actividades con los aprendices

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

1. Registro Fotográfico
2. Lista de Asistencia

**COMPROMISOS**

| **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
|---|---|---|
| 1. Se inicio la formación con la charla sobre balanceo de un concentrado casero y que ingredientes lleva y que función cumple cada uno.<br>2. Se continuo con la práctica de elaboración del concentrado casero. | Eder Lizardo Quintero Herrera | 14 de Junio de 2024 |

**CONCLUSIÓNES:**

1. Se logró identificar el compromiso por parte de los aprendices de realizar actividades presenciales para el cumplimiento de la formación en los diferentes temas de alimentación y nutrición en pollos de engorde en el municipio de Pelaya

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| **NOMBRE Y APELLIDO** | **FIRMA** |
|---|---|
| Eder Lizardo Quintero Herrera | |

**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| **CARGO DEL SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR** | **FIRMA** |
|---|---|---|
| | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Coordinador Académico | José Alejandro Orozco | | Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.06.24 17:41:50 -05'00' |

















SENA

COPIA NO CONTROLADA

LISTA DE ASISTENCIA A FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN: PRACTICAS DE ALIMENTACION PARA POLLOS DE ENGORDE

CODIGO DE FICHA: 3005445

| No | IDENTIFICACIÒN | NOMBRES | CELULAR | FECHA: 13-06-24 FIRMA | FECHA: 14-06-24 FIRMA | FECHA: FIRMA | FECHA: FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 36503535 | ALCIRA LOZANO URIZA | | Alcira Lozano U. | Alcira Lozano U. | | |
| 2 | 1003042265 | ANA FELICIA CONTRERAS VERA | | | | | |
| 3 | 1003335360 | ANYI LICETH ROMERO MAYORGA | | Anyi Liceth Romero | Anyi Liceth Romero | | |
| 4 | 1062911545 | CARME RUBIELA REYES RANGEL | | Carmen Reyes | Carmen Reyes | | |
| 5 | 1062906821 | DIANY DURAN AVILA | | Diany Duran | Diany Duran | | |
| 6 | 1062904294 | JAQUELINE CORRALES MAYORGA | | Jaqueline corra | Jaqueline Corr | | |
| 7 | 1062912044 | JESUS DAVID CONTRERAS LUQUEZ | | Jesús David | Jesús David | | |
| 8 | 12632780 | JESUS ENRIQUE VARGAS ORTEGA | | JECS VARAS | JESUS | | |
| 9 | 1062905450 | JULIETH CAROLINA GUERRERO CORRALES | | Julieth C. Guerr | Julieth C Guerr | | |
| 10 | 1090982125 | LAURA MARCELA BAYONA TORRADO | | | | | |
| 11 | 1062906714 | LEDYS MAYORGA RIOS | | Ledys Mayorga | Ledys Mayorga | | |
| 12 | 37770119 | LEDYS MAYORGA RIOS | | Ledys Mayorga | Ledys Mayorga | | |
| 13 | 49735019 | LENYS MARIA LUQUEZ DIAZ | | Lenys Luquez | Lenys Luquez | | |
| 14 | 1062907714 | LUIS DAVID GUZMAN MAYORGA | | Luis David | Luis David | | |
| 15 | 17973790 | LUIS ENRIQUE DELGADO PAVA | | | | | |
| 16 | 36503645 | LUZ ENITH MARTINEZ BELEÑO | | LUZ ENITH MARTINEZ | LUZ ENITH MARTINEZ | | |
| 17 | 52119820 | MARTHA PATRICIA MEJIA | | | | | |
| 18 | 57447055 | MARTINA HERMELINDA HERRERA ZARATE | | Martina Herrera | Martina H. Z | | |
| 19 | 36503505 | SULEIDYS MAYORGA RIOS | | | | | |
| 20 | 1062904873 | YANELIS GUERRERO SERRANO | | | | | |
| 21 | 1062908237 | YANIRIS RINCON CARDENAS | | | | | |
| 22 | 1003042646 | YERALDIN OVALLE MAYORGA | | Yeraldin Ovalle | Yeraldin Ovalle | | |
| 23 | 1003042662 | YULIBETH CARDENAS TORO | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Powered by CamScanner