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 SANTANDER

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954510**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**46138-380642**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	28.068.785	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yolypaulinag@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24121080620
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6746545/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**233624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACION AREA TEMATICA AGROINDUSTRIA Y DEMAS DE SU COMPETENCIA, PROG CAMPESENA CATA VIG 2024 PL 3M 5D VM 4465545

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.140.893
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 14.140.893
Valor Bruto Pago:	**$ 3.125.882,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.015.011

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.125.882	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	**$ 3.125.882**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.056.782**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9472791213**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 13.600	$ 0
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%	$ 12.393.783	$ 685.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.056.782,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.125.882,00	
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	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.125.882,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

10 DE SEPTIEMBRE INGRESO

10 AL 13 CAPACITACION 32 HORAS

13 AL 30 ALISTAMIENTO, CREACION DE FICHA , VISITAS POSIBLES APRENDICES, CREAR FICHA 52 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

YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA
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,

CAROLINA MESA BARRERA
COORDINADORA DE FORMACIÓN

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
YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

19/09/24 18:56:47 USUARIO: SIC - C.C. 28068785

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28068785		YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA	INDEPENDIENTE	Principal	cra 3#22-40 paseo del puente	PIEDECUESTA-SANTANDER	6368998	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	17599667	9472791213	I	2024/09/19	2024/09/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$37,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$130,000	$20,800			$130,000	$16,300			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$37,100
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$130,000	$20,800			$130,000	$16,300			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$37,100
Ciudad: PIEDECUESTA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$130,000	$20,800			$130,000	$16,300			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$37,100
1	CC	28068785	GONZALEZ YOLY	X																230301	3	$130,000	$20,800	EPS005	3	$130,000	$16,300		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$37,100
Total		**Afiliados(1)**																				$130,000	$20,800			$130,000	$16,300			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$37,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28068785		YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA	INDEPENDIENTE	Principal	cra 3#22-40 paseo del puente	PIEDECUESTA-SANTANDER	6368998	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	17599667	9472791213	I	2024/09/19	2024/09/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$37,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,800	$0	$0	$20,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$20,800	$0	$0	$20,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,300	$0	$0	$16,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$16,300	$0	$0	$16,300
TOTAL				**1**	**$37,100**	**$0**	**$0**	**$37,100**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

180062253

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio
Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen
A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado
A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gonzalez	Peña	Yoly	Paulina

7. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC X PA SC

8. Número del documento de identidad
28068785

9. Sexo
Femenino X Masculino

10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad
Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC
1300.000

18. Residencia

Dirección: Cra 3 #22-40 Paseo del Puente II

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3178896347

Correo Electrónico: yolypaulina@gmail.com

Municipio / Distrito: Riohacha

Zona: Urbana ✓ Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: La Guajira

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo
Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
				28 08 2014

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
[signature]	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad [ ] (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC) TOTAL [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: Independiente Cod 01

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
POR LA EPS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YOLY PAULINA GONZALEZ PENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.068.785**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141120104913

(415)7707212489984(8020) 000014112010491 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 8 0 6 8 7 8 5	8	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 8 0 6 8 7 8 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Cerrito 1 6 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	PEÑA	YOLY	PAULINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Piedecuesta 5 4 7

41. Dirección principal: CR 3 22 40 PASEO DEL PUENTE II

42. Correo electrónico: yolypaulinag@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 8 8 4 6 3 4 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 2 3	2 0 2 4 0 8 2 8					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código																										

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2024 - 08 - 28 / 15 : 34: 46

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre AREVALO MORALES ANDRUD YESID

985. Cargo Analista I

COPIA RUT SUSPENDIDO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 29-08-2024 09:46:44AM

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/09/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 13928646
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	SERVICIOALCIUDADANO@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13928646	YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	1308	10/09/2024	CC 28068785	GONZALEZ PEÑA YOLY	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F9048B19AA72CD3B39EE6FB263AF97A1 Certificado impreso el día 9/9/2024 5:37:15 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

YOLY PAULINA
GONZALEZ PEÑA
28068785

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Málaga, 17 de septiembre de 2024
Señor (a)
CAROLINA MESA BARRERA
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6746545
Cargo del supervisor: Coordinadora de Formación G04
Dependencia: Centro Agro- Empresarial y Turístico de Los Andes "CATA"
Ciudad: Málaga Santander

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes Septiembre del 2024

Referencia: No CO1.PCCNTR.6746545del año 2024

YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 28.068785 de Cerrito Santander, en mi calidad de Contratista del SENA, en (CAMPESENA), en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: Copiar el texto de la minuta del contrato.

Plazo: Será hasta el (20) de septiembre de 2024.

OBJETO:
Prestar los servicios profesionales de carácter temporal como instructor de formación en el área te AGROINDUSTRIA y demás de su competencia, programa Campesena en el Centro Agroempresa Turístico de los Andes, vigencia 2024.

Obligaciones Específicas:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Realizar alistamiento oportuno de todos los documentos de desarrollo	Se revisó y ajustó el documento final de la guía de aprendizaje.	Guía en el Drive

	curricular según el programa de formación asignado (titulada o complementaria presencial y/o virtual) para orientar en las fichas que se le notifiquen en la vigencia, dejando la evidencia en el portafolio de la ficha		
2	Programar y reportar al coordinador académico o líder de procesos en los 5 últimos días hábiles de cada mes las actividades a ejecutar en el siguiente mes según la programación de las fichas, los ambientes de aprendizaje, de manera que se autorice por escrito su movilización previa a la salida y se gestione el cargue de los eventos en Sofía plus, en el marco de su objeto contractual y lineamientos Institucionales y legales, (presencial y/o virtual).	Como la fecha de inicio del contrato es el 10 de septiembre, me presente a la inducción y estoy realizando las programaciones.	Registro de Asistencia a la Inducción.

3	Reportar y registrar en el aplicativo Sofía Plus todas las actividades que de acuerdo con el proceso de GFPI son de su responsabilidad (Registro de Proyecto Formativo, Creación de ruta de Aprendizaje, Asocio de Aprendices, verificación de registro de actividades en Sofía plus durante los de 5 primeros días hábiles de cada mes y reportar novedades, reporte de Inasistencias, Reporte de Juicios Evaluativos) garantizando la oportunidad, calidad de la información y la coherencia con el proceso formativo (presencial y/o virtual)	Como es de conocimiento, para el mes de septiembre el Aplicativo SOFIA Plus no ha funcionado. En este sentido no se reporta ni se registra información en dicho aplicativo.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
4	Realizar la inducción institucional a los aprendices de acuerdo con los lineamientos SENA igualmente aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el conducto regular para garantizar el debido proceso de gestión de novedades en especial cuando sean notificaciones de menores de edad, (presencial y/o virtual).	Como no se han inscrito los cursos, no podemos formalmente iniciarlos, pero ya se hizo la inducción al grupo HUMALA Cerrito 12 de septiembre.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta que al no estar legalizado el curso, no se firmaron planillas de asistencia pero si se tomaron las fotografías que evidencian el trabajo con la comunidad.
5	Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el programa del área temática objeto del contrato, según los lineamientos Institucionales en el área de influencia del	Se está procediendo a realizar la planificación y creación de fichas, para iniciar la formación.	Se tomó la fotografía con la comunidad como evidencia.

	centro, (presencial y/o virtual).		
6	Solicitar y gestionar oportunamente el uso de los elementos necesarios y materiales de formación para desarrollar eficazmente de la acción de formación y responder por ellos ante el centro presentando los respectivos documentos soporte, como también responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su rol.	No se ha solicitado material de formación por no estar los cursos en firme.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
7	Realizar seguimiento y/o asesoría en la etapa productiva de los aprendices que le sean asignados y documentar esta actividad según el procedimiento de ejecución de la FPI, (presencial y/o virtual).	Para el mes de septiembre, no tengo aprendices en estado productivo por lo que aún no se realiza esta actividad.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
8	Realizar la Evaluación de la apropiación de las competencias de los aprendices, emitir y registrar los Juicios evaluativos de cada aprendiz (Etapa lectiva y productiva), previa verificación efectuada de logro de los resultados de aprendizaje y portafolio de evidencias del aprendiz, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el programa de formación en	Para el mes de septiembre, no he realizado actividades de evaluación.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.

	un plazo máximo de 8 días después de finalizada la evaluación de las actividades de aprendizaje según fechas establecidas en el plan de trabajo y planeación pedagógica, (presencial y/o virtual).		
9	Participar en las actividades relacionadas con la ejecución del aseguramiento de la calidad de la FPI según los lineamientos institucionales y necesidad del Servicio.	En el mes de septiembre no se realizaron actividades de aseguramiento de la calidad.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
10	Realizar seguimiento a la ejecución de cada acción de formación asignada, participar en comités de evaluación y seguimiento, documentar en actas y registros la ejecución de los seguimientos, como las novedades que se presenten en la acción de formación, (presencial y/o virtual).	Para el mes de septiembre no se ha hecho ese seguimiento aun.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
11	Reportar y sistematizar según plan operativo del programa, las acciones de formación en los portafolios de evidencias y en documentos (Actas de evaluación de programas con revisión del diseño curricular y documentos de desarrollo curricular, sobre la pertinencia y validez de estos, índices de deserción y/o oportunidades de mejora, Actas de empalme, Actas de seguimiento Trimestral, Casos exitosos,	Para el mes de septiembre no se ha hecho esos reportes aun.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.

	sistematización de prácticas pedagógicas para la ejecución de la FPI) que demuestren los resultados de la ejecución contractual y la FPI, en los diferentes medios y/o espacios físicos y digitales que disponga el centro.		
12	Apoyar la gestión para seguimiento y verificación del cierre de fichas de los programas de formación titulada, complementaria presencial y/o virtual (apoyo entrega de documentos solicitud de título).	Para el mes de septiembre no se ha hecho ese seguimiento aun.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
13	Apoyar las actividades de promoción y divulgación de la oferta educativa académica, así mismo, gestionar la conformación de grupos de aprendices para la creación de las fichas de formación, entregar los soportes del procedimiento de ingreso de aprendices de acuerdo con los requisitos definidos en el diseño curricular y lineamientos de administración educativa según procedimientos establecidos en el sistema integrado de gestión y autocontrol-SIGA.	Se realiza divulgación por redes de las ofertas que salgan.	Redes sociales.
14	Participar cuando el centro lo requiera en proyectos de investigación Técnica aplicada y/o pedagógica y actividades del plan tecnológico para fortalecer el	En el mes de septiembre no se me ha requerido para proyectos de investigación, pero al ser de mi interés y teniendo	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.

	proceso de formación en el área temática objeto del contrato.	experiencia en esos procesos, estoy atento.	
15	Participar en las actividades programadas por el SENA, equipo SIGA; además cuando el centro de formación lo requiera jornadas de Diseño y desarrollo curricular de programas de FPI conforme a las necesidades nacionales y lineamientos institucionales requeridos para el área temática objeto del contrato.	En el mes de septiembre no se realizó esta actividad.	No hay evidencia, por no realizarse esta actividad.
16	Acompañar a los aprendices en las actividades planteadas por el equipo de bienestar al aprendiz según la programación del instructor.	No se han planteado actividades con bienestar	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
17	Apoyar la inscripción y actualización en el sistema de información de la Agencia Pública de Empleo del SENA a los aprendices, garantizando la consignación de información, así como informar los mecanismos de consulta a los aprendices.	No se han inscrito aprendices en la agencia pública de empleo.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
18	Los instructores que impartirán formación virtual titulada y/o complementaria deberán acreditar Certificación de mínimo 40 horas en programas relacionados con ambientes virtuales de aprendizaje o tener certificación vigente en la norma de competencia pedagógica 240201057	N.A.	N.A.

	“Orientar formación a distancia de acuerdo con procedimientos técnicos y normativas”.		
19	Participar en las jornadas de seguimiento, acompañamiento, actualización, capacitación, reuniones de red y trasferencia tecnológica convocadas por el centro de Formación	En el mes de septiembre no se han programado esas actividades.	No se cuenta con evidencias, porque no se han realizado esas actividades.
20	Aplicar al proceso de certificación de la norma de competencia “Orientar Procesos Formativos Con Base En Los Planes De Formación Concertados, O La Actualización "Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con Procedimiento Técnico Y Normativo" o en su defecto deberá aplicar al proceso de certificación de la norma y aportar el respectivo certificado de aprobación, o la evidencia de la inscripción efectiva a mismo, al informe de ejecución contractual.	No se ha iniciado este proceso.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
21	Facilitar y garantizar la inscripción de las campesinas y campesinos para que queden auto reconocidos como tales en la plataforma Sofía plus y demás aplicativos de los programas del Sena	Se está haciendo el proceso de recolección de documentos, para hacer la inscripción en la plataforma de Sofía plus, de un grupo de 8 proyectados.	Se anexa fotografía con la comunidad.
22	Identificar proyectos productivos, proyectos de innovación y emprendimientos de las	No se realizó la actividad para este periodo	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo

	campesinas y campesinos, susceptibles de ser desarrollados con apoyo del SENA		manifestado anteriormente.
23	Flexibilizar los tamaños de los grupos, horarios y estrategias pedagógicas, a partir de la fecha concertada	En las reuniones con la comunidad se ha concertado los horarios y se procura tener siempre las 15 personas	Se anexan fotografías de los grupos con que se ha trabajado
24	Adaptar los proyectos formativos o rutas de aprendizaje con enfoque territorial	Se busca llegar a sitios lejanos con la formación	Se anexa fotografía de la reunión preliminar en la vereda el barzal del municipio de Málaga
25	Articular iniciativas que fortalezcan la formación para las campesinas y campesinos, mediante a formulación o implementación de proyectos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación dentro de las líneas programáticas establecidas en SENNOVA.	No se ha llegado aún en el mes de septiembre a estas formulaciones, están programadas para fin de mes	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
26	Presentar los informes mensuales su gestión y estado de avance de la estrategia Campe SENA	Se planea presentar dicho informe a final de mes de septiembre.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
27	Garantizar la identificación y estructuración con las organizaciones productivas campesinas en el territorio; u proyecto comunitario de base, haciendo uso de estrategias de participación comunitaria y metodologías de formulación de proyectos.	No se ha llegado aún en el mes de septiembre a estas identificación y estructuración, están programadas para fin de mes, aunque si se está colaborando en un programa comunitario varios proyectos productivos aun sin aterrizar. Municipio Enciso.	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.

28	Crear y fortalecer empresas de las campesinas y campesinos, con especial énfasis en procesos asociativos, acorde con las líneas de los centros.	En el mes de septiembre visita a comunidad con proyección a proyectos asociativos. 17 septiembre	Anexo fotografia
29	Apoyar con la revisión, proyección y evaluación en las etapas precontractual, contractual y pots-contractual de los procesos de contratación de bienes y servicios, cuando se requiera.	En el mes de septiembre, aun no realizamos esa actividad.	En el mes de septiembre no hay evidencias, porque aún no se realiza esta actividad.
30	El contratista que realice comisiones de servicios o desplazamientos autorizados por el supervisor deberá presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de finalización de la comisión, la respectiva legalización al área de Contable o quien haga sus veces.	No se ha solicitado comisiones	En este apartado no se reporta evidencia para el mes de septiembre teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente.
31	Hacer entrega oportuna al supervisor del contrato, según cronograma que se establezca por parte de la entidad y atendiendo la forma de pago establecida de los documentos y soportes de cuenta de cobro, con el fin de dar cumplimiento a la meta de ejecución presupuestal.	Como se puede apreciar, en este informe de actividades se relacionan las evidencias de cada una de las reuniones y asesorías correspondientes al proceso recibido en el CATA. Adicional, se entrega cada uno de los documentos y soportes requeridos. Esto con el propósito de dar cumplimiento oportuno al supervisor del contrato en los términos	Se adjunta este informe de actividades con su respectiva documentación sobre cuenta de cobro mensual correspondiente al mes de septiembre.

		establecidos para este mes de septiembre 2024.	
32	Reportar de manera oportuna como usuario proveedor, en la etapa de ejecución contractual dentro de la plataforma SECOP II, los soportes correspondientes que evidencien la correcta ejecución y pagos realizados en cumplimiento del contrato de prestación de servicios suscrito.	En este apartado, se deja constancia de que se ha reportado y cumplido con lo solicitado durante la etapa de ejecución contractual. Para este mes de septiembre.	Como evidencia se puede consultar la plataforma SECOP II, en la cual se puede ver el estado actual de la ejecución de este contrato y donde se deja constancia de que se ha cargado oportunamente la documentación solicitada.
33	El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales).	Para el mes de septiembre certifico que estoy al día en el pago de los aportes al sistema de Seguridad Social integral (salud, pensión y riesgos laborales).	En los documentos del secop ii se pueden apreciar copia de la planilla donde se puede apreciar que se realizó el pago correspondiente al mes de agosto.
34	Las demás que sean asignadas, por el supervisor en relación del objeto contrato.	Para el mes de septiembre se continuaron las actividades correspondientes al proceso de inducción y bienvenida al CATA, reuniones con el subdirector regional y la asamblea general de cata.	Se anexan fotografías y asistencia a los diferentes eventos que se han convocado.

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL	FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL
1.	XX	XX	XX	XX
2.	XX	XX	XX	XX

Nota 1: Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y se anexan certificados de afiliación a salud, pensión, planilla Decreto 1273/2018 operador correspondiente al mes de agosto. (Decreto Ley 2106 de 2019 – "Decreto Ley Anti trámites")

Evidencias en (12) folios

Cordialmente,

Firma: 

Nombres y apellidos

YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA

Contratista

C.C. No. 28.068785

Recibí a satisfacción:

Firma

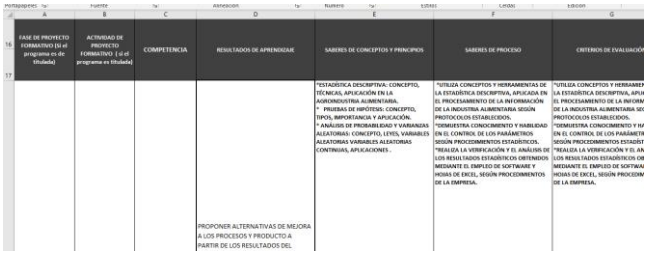
Carolina Mesa Barrera

SUPERVISORA CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6554160 DE 2024

Cargo del supervisor: Profesional G04

EVIDENCIA CORREPONDIENTE A LA SEMANA DEL 24 AL 30 DE JUNIO DE 2024

Obligación 1: Se realiza el alistamiento, para dar inicio a la formación



FASE DE PROYECTO FORMATIVO (Si el programa es de titulada)	ACTIVIDAD DE PROYECTO FORMATIVO (si el programa es titulada)	COMPETENCIA	RESULTADOS DE APRENDIZAJE	SABERES DE CONCEPTOS Y PRINCIPIOS	SABERES DE PROCESO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
			PROPONER ALTERNATIVAS DE MEJORA A LOS PROCESOS Y PRODUCTO A PARTIR DE LOS RESULTADOS DEL	*ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA- CONCEPTO, TÉCNICAS, APLICACIÓN EN LA AGROINDUSTRIA ALIMENTARIA. * PRUEBAS DE HIPÓTESIS: CONCEPTO, TIPOS, IMPORTANCIA Y APLICACIÓN. * ANÁLISIS DE PROBABILIDAD Y VARIANZAS ALEATORIAS: CONCEPTO, LEYES, VARIABLES ALEATORIAS VARIABLES ALEATORIAS CONTINUAS, APLICACIONES .	*UTILIZA CONCEPTOS Y HERRAMIENTAS DE LA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA, APLICADA EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. *DEMUESTRA CONOCIMIENTO Y HABILIDAD EN EL CONTROL DE LOS PARÁMETROS SEGÚN PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS. *REALIZA LA VERIFICACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS OBTENIDOS MEDIANTE EL EMPLEO DE SOFTWARE Y HOJAS DE EXCEL, SEGÚN PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA.	*UTILIZA CONCEPTOS Y HERRAMIEN LA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA, APLI EL PROCESAMIENTO DE LA INFORM DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA SO PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. *DEMUESTRA CONOCIMIENTO Y HA EN EL CONTROL DE LOS PARÁMETR SEGÚN PROCEDIMIENTOS ESTADÍST *REALIZA LA VERIFICACIÓN Y EL AN LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS OB MEDIANTE EL EMPLEO DE SOFTWA HOJAS DE EXCEL, SEGÚN PROCEDIM DE LA EMPRESA.



PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

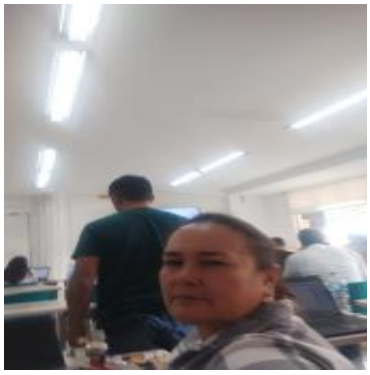
1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** CONTROL ESTADISTICO EN LA AGROINDUSTRIA ALIMENTARIA
- **Código del Programa de Formación:** 22110024
- **Nombre del Proyecto Formativo (si aplica):** CONTROL ESTADISTICO EN LA AGROINDUSTRIA ALIMENTARIA
- **Competencia:** PRESENTAR LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DE CALIDAD SEGÚN ESPECIFICACIONES DADAS POR LA EMPRESA.
- **Resultados de Aprendizaje:**
- PRESENTAR LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DE CALIDAD SEGÚNESPECIFICACIONES DADAS POR LA EMPRESA.
- **Planear la toma de muestra de la información según especificaciones técnicas y procedimientos establecidos.**
- **Evaluar los resultados de los informes estadísticos según técnicas y procedimientosestablecidos.**
- **Procesar la información estadística de acuerdo con protocolos, técnicas y sistemas de informació**

Duración de la Guía de Aprendizaje (horas): 40 HORAS

Obligación 2: Se asiste a la inducción.





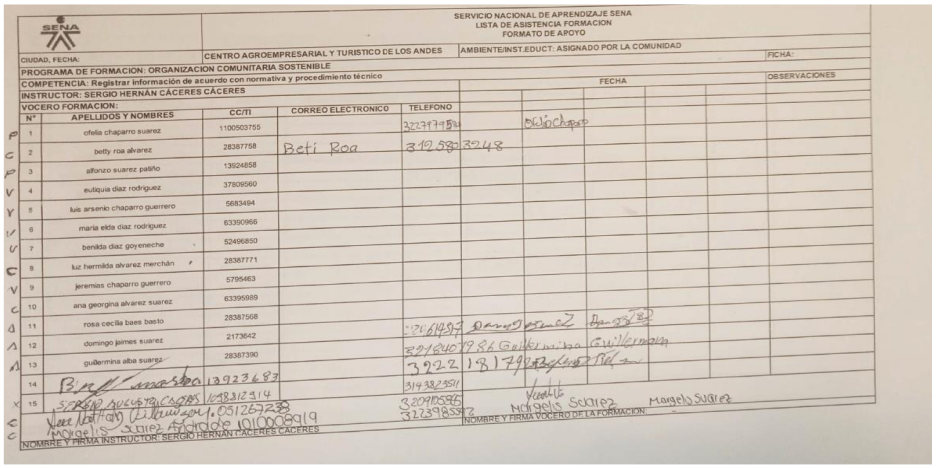
Obligación 4: Visita a la comunidad para recoger documentación y poder iniciar inducción



Obligación 13: Realizar divulgación por redes de todo lo concerniente a la formación del SENA



Obligación 21: Evidencia de la actividad de recolección de información para la creación de fichas.



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
LISTA DE ASISTENCIA FORMACION
FORMATO DE APOYO

CIUDAD, FECHA: CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES — AMBIENTE/INST.EDUCT: ASIGNADO POR LA COMUNIDAD — FICHA:

PROGRAMA DE FORMACION: ORGANIZACION COMUNITARIA SOSTENIBLE

COMPETENCIA: Registrar información de acuerdo con normativa y procedimiento técnico

INSTRUCTOR: SERGIO HERNÁN CÁCERES CÁCERES

VOCERO FORMACION:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CC/TI	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	FECHA	OBSERVACIONES
1	ofelia chaparro suarez	1100503755		3227979[illegible]		
2	betty roa alvarez	28387758	Beti Roa	3125833248		
3	alfonzo suarez patiño	13924858				
4	eutiquia diaz rodriguez	37809560				
5	luis arsenio chaparro guerrero	5683494				
6	maria elda diaz rodriguez	63390966				
7	benilda diaz goyeneche	52496850				
8	luz hermida alvarez merchán	28387771				
9	jeremias chaparro guerrero	5795463				
10	ana georgina alvarez suarez	63395989				
11	rosa cecilia baes basto	28387568		[illegible]		
12	domingo jaimes suarez	2173642		[illegible]		
13	guillermina alba suarez	28387390		[illegible]		
14		13923687		3143823511		
15		[illegible]		3209105975 3123985578		

NOMBRE Y FIRMA INSTRUCTOR: SERGIO HERNÁN CÁCERES CÁCERES

NOMBRE Y FIRMA VOCERO DE LA FORMACION

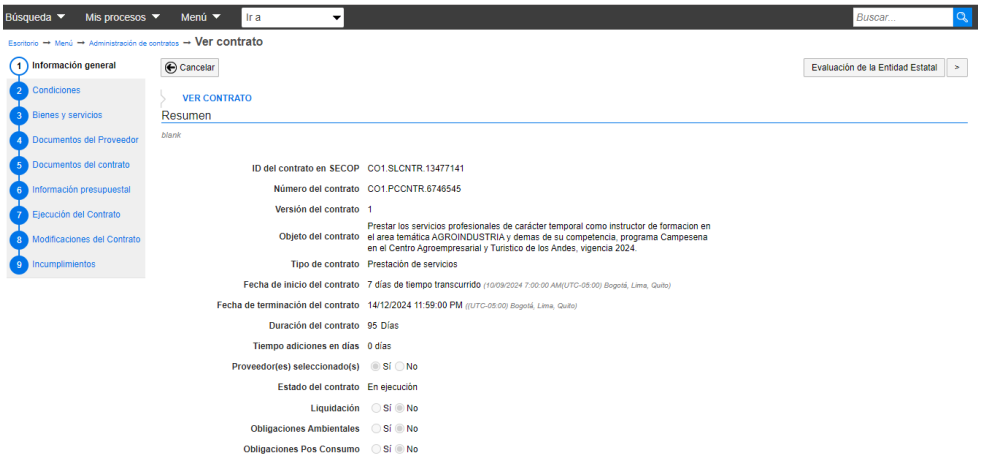
Obligación 23-24: En la visita a la comunidad vereda Humala Cerrito



OBLIGACION 28: Evidencia comunidad enciso

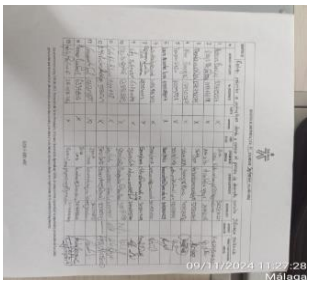


Obligación 33: Se evidencia que se está al día con la documentación en el secop



Obligación 34: Asistencia a las reuniones programadas por la entidad.





TIEMPO ACT. APOYO A LA FORMACION

INSTRUCTOR: YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA

CENTRO DE FORMACIÓN: CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES

FECHA INICIAL: 10/09/2024 00:00:00

FECHA FINAL: 30/09/2024 23:59:59

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS: 0,00

EVENTOS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA - EDT´s

FICHA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	EVENTO	HORAS

TOTAL TIEMPO EDT´s: 0,00

ACTIVIDADES ADICIONALES

FECHA INICIAL	FECHA FINAL	ACTIVIDAD	HORAS
10/09/2024	13/09/2024	OTROS	32,00

TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES: 32,00

INSTRUCTOR: YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA

CENTRO DE FORMACIÓN: CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES

Hace constar:

Que el Sr(a) YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 28068785 realizó el día 13/09/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 28068785 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 28068785 el día 13/09/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA

C.C 28.068.785

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 18 de septiembre 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765833087206


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

YOLY PAULINA GONZALEZ PEÑA

C.C 28.068.785

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 18 de septiembre 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano
Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765833087000


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno