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	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**52959-852854**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LINA PAOLA BARRIOS MORENO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.065.878.795	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	linapao1106@gmail.com	**Número de Cuenta:**	067300070348
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:	5926038/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**12724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE SISTEMAS PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2024-001522

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.610.417
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 40.934.163
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.144.872

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	**$ 3.055.240**	**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		----------	**80021756**
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 I		$ 9.400	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 1.018.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.522.032		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.055.240,00	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 - AGUACHICA	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
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

Se orientó formación de manera de manera presencial con los programas de articulación con la media en las fichas asignadas

Se realizó seguimiento a las fases del proyecto productivo con los aprendices de los programas asistencia administr y recursos humanos

Se llevó control de asistencia en las formaciones

Se emitieron juicios evaluativos Fichas asignadas

Se utilizó la plataforma Sofía plus para registrar inasistencias del aprendiz, registro de aprendices, registro de juicios evaluativos

Se realizó desplazamiento al municipio de San Martín, para cumplimiento con el contrato en apoyo a las instituciones educativas

Se generaron el Reporte de horas descargados de la plataforma institucional Sofiaplus.Diagramación del horario

Se actualizo el portafolio del instructor con el Proyecto de formación, Planeación pedagógica del proyecto de formación, las guías de

Se presento la agenda y el informe de legalización con orden N° 121324 para el día 22 de Agosto 2024

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

Lina P. Barrios M.

LINA PAOLA BARRIOS MORENO
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)

14/09/24 20:04:44 USUARIO: SIC - C.C. 1065878795

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1065878795	LINA PAOLA BARRIOS MORENO	CARRERA 24 # 11-15	3157338865	linapao1106@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	AGUACHICA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	06/09/2024	80021756	$518.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1065878795	LINA PAOLA BARRIOS MORENO		CARRERA 24 # 11-15	3157338865	linapao1106@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CESAR	AGUACHICA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	06/09/2024	80021756	$518.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1065878795	BARRIOS MORENO LINA PAOLA	59	0			N																	230301	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS037	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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, 16 de agosto de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	121324	**Fecha Solicitud**	2024-08-15	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-020-952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-08-16	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	SENAMEN			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3024	**Dependencia Solicitante**	952011 INTEGRACION CON LA MEDIA TECNICA
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	-

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
LINA PAOLA BARRIOS MORENO	CC: 1065878795	CONTRATISTA	Autorizada	2024-08-22	2024-08-22	CESAR / AGUACHICA	CESAR / SAN MARTIN	0,5	No	50	0,5	4.465.545,00	252.390,00	126.195,00	0,00	126.195,00	VIATICOS FORMACION 22 AGOS SAN MARTIN - IMPARTIR FORMACIÓN PRESENCIAL DEL TECNICO EN RECURSOS HUMANOS EN LA FICHA 2715261 A LOS APRENDICES DEL PROGRAMA SENAMEN EN EL MUNICIPIO
											Totales Solicitud de Comisión			**126.195,00**	**0,00**	**126.195,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 22 AGOS SAN MARTIN - IMPARTIR FORMACIÓN PRESENCIAL DEL TECNICO EN RECURSOS HUMANOS EN LA FICHA 2715261 A LOS APRENDICES DEL PROGRAMA SENAMEN EN EL MUNICIPIO

ORDENADOR DEL GASTO

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

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637 4662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/08/16 14:02:19 -05:00

Firma Responsable

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

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

Usuario que Genera Reporte:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	viernes, 16 de agosto de 2024	

Verificado Por:	MARIBEL ANGARITA VEGA	Fecha Verificación:	16/08/2024 8:51:41

Firmado digitalmente por:
Nombre: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Cédula de ciudadanía: 49655633
Usuario SIIF: MHscaselle
16/08/2024 2:02:33 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					4/08/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
LINA PAOLA BARRIOS MORENO					**Tipo:**			
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR .5926038**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	19	11	24
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR EN EL ÁREA DE SISTEMAS PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cesar				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	Centro Agroempresarial		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO				**CARGO**	Subdirectora (E)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	HENRY ALEXANDER FLECHAS PEÑA				**CARGO**	Coordinador Académico Programas especiales		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	**AGUACHICA - SAN MARTIN- AGUACHICA**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cesar				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro Agroempresarial**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Cesar			**ENTIDAD O EMPRESA:**	INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN MARTIN DE TOURS		**CONTACTO**	JOSE MIGUEL CARDENAS 3124349972
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	22	8	24	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		22	8	24
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación presencial del tecnico en Recursos Humanos en la ficha 2715261, a los aprendices del programa SENAMEN en el municipio de San Martin, Cesar							

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

AGENDA

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

Día 1 : 22/08/24
Desplazamientos ruta de ida Aguachica- San Martin Cesar
Medio de transporte: terrestre
Actividades a ejecutar:
Actividades a ejecutar: Impartir formacion en el programa de recursos humanos con ficha N° 2715261 en la institucion educativa San Martin de tours en al municipio de San Martín , Cesar con hora de inicio 2:00 pm y hora de finalizacion o regreso a las 6: 00 pm a Aguachica.
Regreso de San Matin- Aguachica

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Firmado digitalmente por SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO Fecha: 2024.08.14 10:46:33 -05'00'	Firmado digitalmente por Henry Alexander Flechas Peña Fecha: 2024.08.09 16:17:27 -05'00'	
Nombres y Apellidos: SADY CASELLES OSORIO	**Nombres y Apellidos: HENRY ALEXANDER FLECHAS PEÑA**	
Cargo: Subdirectora (E)	**Cargo: Coordinador Academico Programas Especiales**	**Nombres y Apellidos: LINA PAOLA BARRIOS MORENO**

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: AGUACHICA, CESAR 27 DE AGOSTO DE 2024

PRESENTADO A: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
121324	22/08/2024	22/08/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
SAN MARTÍN - CESAR	CENTRO AGROEMPRESARIAL - CESAR	

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: IMPARTIR FORMACION EN EL MUNICIPIO DE SAN MARTIN, CESAR EN LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN MARTIN DE TOURS

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se impartió la formación en el programa de asistencia administrativa con ficha N° 2715261 en la institución educativa San Martin de tours en al municipio de San Martín, Cesar con hora de inicio 2:00 pm y hora de finalización o regreso a las 6:00 pm a Aguachica.
2. Se explicó como debe ser el desarrollo de la guía de aprendizaje correspondiente al resultado.

RESULTADOS:

1. Consolidar información haciendo uso de herramientas informáticas y ofimáticas dispuestas por la organización.

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

1. Lista de asistencia firmada por los aprendices
2. Fotos de la formación

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Se impartió la formación en el programa de asistencia administrativa con ficha N° 2715261 en la institución educativa San Martin de Tours en al municipio de San Martín, Cesar con hora de inicio 2:00 pm y hora de finalización o regreso a las 6: 00 pm a Aguachica.	LINA PAOLA BARRIOS MORENO	22 de agosto 2024

CONCLUSIÓNES:

1. La formación se llevó a cabo de forma satisfactoria en el horario establecido y con normalidad, llevando a cabo el desarrollo de las actividades propuestas.

DATOS DEL CONTRATISTA

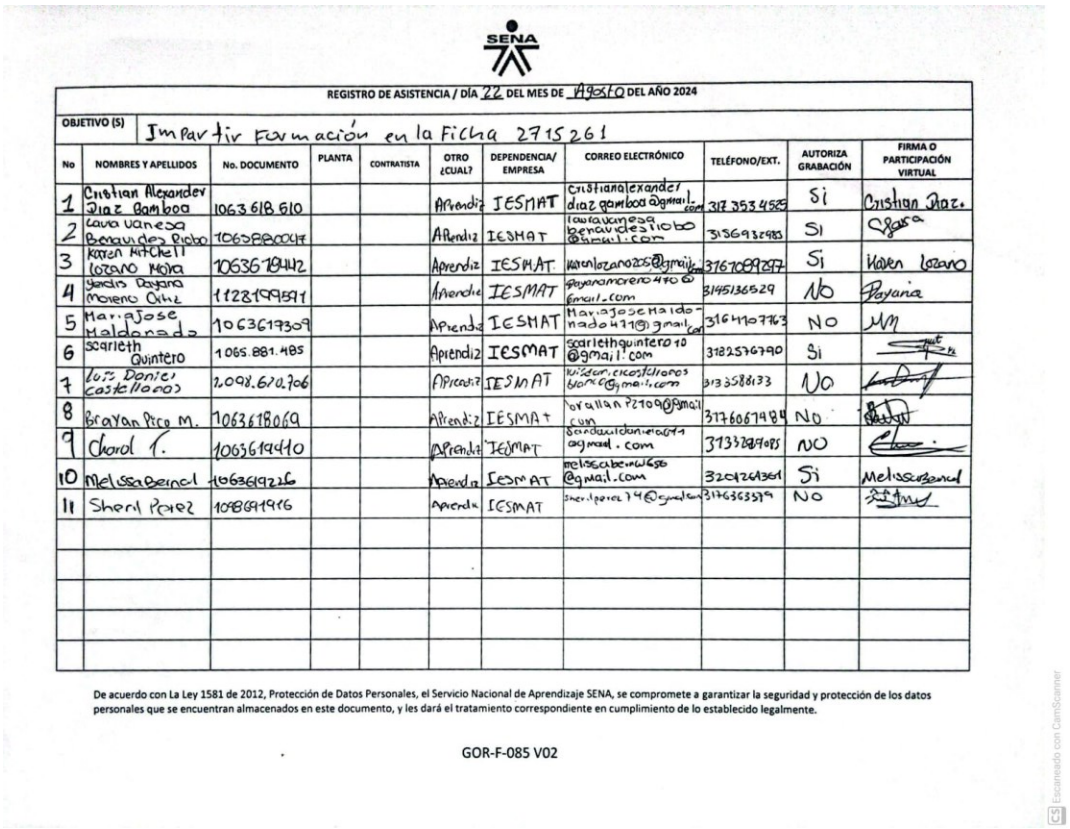
NOMBRE Y APELLIDO: Lina Paola Barrios Moreno	**FIRMA**

VISTO BUENO SUPERVISOR	
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADOR ACADEMICO	HENRY ALEXANDER FLECHAS PEÑA	Firmado digitalmente por Alexander Flechas Peña Fecha: 2024.09.05 07:13:03 -05'00'

EVIDENCIAS DEL DESPLAZAMITO

ANEXOS – EVIDENCIAS O SOPORTES

Registro de asistencia



REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 22 DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S): Impartir Formación en la Ficha 2715261

No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	Cristian Alexander Diaz Gamboa	1063618610			Aprendiz	IESMAT	cristianalexander diazgamboa@gmail.com	317 353 4585	Si	Cristian Diaz.
2	Laura Vanesa Benavides Pinto	1065888047			Aprendiz	IESMAT	lauravanesa benavidespinto @gmail.com	3136932485	Si	
3	Karen Mitchell Lozano Mejia	1063619442			Aprendiz	IESMAT	karenlozano235@gmail.com	3167089287	Si	Karen Lozano
4	Yaneira Dayana Moreno Ortiz	1128199591			Aprendiz	IESMAT	dayanamoreno440@gmail.com	3145136529	NO	Dayana
5	Mariajose Maldonado	1063619309			Aprendiz	IESMAT	Mariajosemaldonado4719@gmail.com	3164707763	NO	MM
6	Scarleth Quintero	1065.881.485			Aprendiz	IESMAT	scarlethquintero10@gmail.com	3182576790	Si	
7	Luis Daniel Castellanos	2.098.670.706			Aprendiz	IESMAT	luisdaniel castellanos blanco@gmail.com	3133588133	NO	
8	Brayan Pico M.	1063618069			Aprendiz	IESMAT	brayanpico2709@gmail.com	3176067984	NO	
9	Cherol T.	1063619410			Aprendiz	IESMAT	sharidtorres0617@gmail.com	3133289085	NO	
10	Melissa Bernal	1063619226			Aprendiz	IESMAT	melissabernal658@gmail.com	3204264361	Si	Melissa Bernal
11	Sheril Perez	1088691916			Aprendiz	IESMAT	sheriperez74@gmail.com	3176363579	NO	

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

GOR-F-085 V02

Escaneado con CamScanner

Registro fotográfico



