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 ANTIOQUIA**

**COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL - ANTIOQUIA**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **950210** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **24175-789994** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | DIANA CAROLINA LOZANO DIAZ | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 53.121.221 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | dclozanod@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 91262154829 |
| **IP/Nº de contacto:** | 44443 | **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** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿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:** | 5830000/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **14624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | 5_9502_190 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA O COMPLEMENTARIA EN LA LÍNEA TECNOLÓGICA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, MODALIDAD PRESENCIAL EN EL COM |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/09/2024 Al 30/09/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 13.396.635 |
| **Número de pago** | **8** | **Valor Total del Contrato:** | $ 44.655.450 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 8.931.090 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | 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** | **$ 4.465.545** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.578.945** | **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** | | ---------- | **7936061146** |
| **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 | | $ 285.800 | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ 223.300 | |
| Renta Exenta 25% | $ 30.984.458 | $ 859.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 10.789.761 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.578.945,00 | 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% |
| Jaime Isaza Cadavid | 17.862,00 | 0,400% |
| 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** | **$4.447.683,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación a las siguientes fichas: 3004473 - 3078233 – 3078258 - 3078272 de acuerdo a la programación establecida.

Se realizó taller práctico a los aprendices de la formación complementaria 3004473.

Brinda Formación en el ambiente audiovisual del parque educativo Isabelita Tejada.

Se elaboró la guía de aprendizaje AP05 -identificar las condiciones de entrada de los equipos informáticos según los parámetros establ

Actualización de la carpeta de evidencias dispuesta en el drive por el supervisor de contrato para su revisión

Registrar juicios evaluativos en Plataforma Sofía Plus.

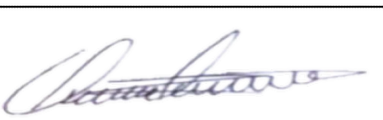
Enviar formato de Planeación metodológica.

Se realizó el pago de la seguridad social del correspondiente mes.

Registrar la asistencia de los aprendices a las actividades de formación.

**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



**DIANA CAROLINA LOZANO DIAZ**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

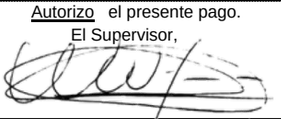
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



**WILFER ALBERTO LOPEZ MADRID**
**COORDINADOR ACADÉMICO**

**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**
**FERNANDO CANO GOMEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

17/09/24 11:24:02 USUARIO: SIC - C.C. 53121221

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 53121221 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIANA CAROLINA LOZANO DIAZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | KR. 3 #41 - 94B SANTA ELENA | TELÉFONO: | 2610378 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7936061146** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/09/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 883361256 |

**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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 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 |
| EPS042 | EPS042 - COOSALUD | 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 | $ 9.400 | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 9.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.400** |

**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 | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 53121221 | LOZANO DIAZ DIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.786.218 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.786.218 | $ 285.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 285.800 | EPS042 - COOSALUD | 30 | $ 1.786.218 | $ 223.300 | $ 0 | $ 223.300 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.786.218 | 53121221 | $ 9.400 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 518.500** |

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

Usuario que Genera Reporte: MHfcano FERNANDO CANO GOMEZ

Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-005-950210 COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL ANTIOQUIA

Fecha y Hora Generación Reporte: viernes, 12 de julio de 2024

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 139824 | **Fecha Solicitud** | 2024-07-12 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-005-950210 COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL ANTIOQUIA** | | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2024-07-12 | **Genera Viáticos** | SI | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** | NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | FORMACION | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** | |

## CDP de viáticos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 3524 | **Dependencia Solicitante** | | 950245 COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL ANTIOQUIA -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION | |
| **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** | C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | |

| Nombre | Tipo y Número de Documento | Cargo | Estado | Fecha Inicial Comisión | Fecha final Comisión | Dpto. / Municipio Origen | Dpto. / Municipio Destino | N°. Días | Pernocta Último día Comisión | Porcentaje Pernocta | Total dias | Base de Liquidación | Valor Viático Diario | Valor Total Viáticos | Valor Gastos de Viaje | Valor total a pagar | Objeto de la Comisión por Tercero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIANA CAROLINA LOZANO DIAZ | CC: 53121221 | CONTRATISTA-INSTRUCTOR | Autorizada | 2024-07-22 | 2024-07-26 | ANTIOQUIA / REMEDIOS | ANTIOQUIA / REMEDIOS | 4,5 | No | 50 | 4,5 | 4.465.545,00 | 252.390,00 | 1.135.755,00 | 94.000,00 | 1.229.755,00 | COM 139824 COSTEÑAL 22-26 JULIO Impartir formacion complementaria en la vereda Costeñal Manejo basico de herramientas Ofimatica de acuerdo con las necesidades de manejo de información, Alcaldia de Remedios. |
| | | | | 2024-07-26 | 2024-07-26 | ANTIOQUIA / REMEDIOS | ANTIOQUIA / REMEDIOS | 0 | No | 0 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **1.135.755,00** | **94.000,00** | **1.229.755,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

COM 139824 COSTEÑAL 22-26 JULIO Impartir formacion complementaria en la vereda Costeñal Manejo basico de herramientas Ofimatica de acuerdo con las necesidades de manejo de información, Alcaldia de Remedios.

## ORDENADOR DEL GASTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | FERNANDO CANO GOMEZ | Cargo: | SUBDIRECTOR DEL COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL - ANTIOQUIA |

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Identificación: 8045941
Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637466296
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/07/12 17:37:44 -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: | MHfcano | FERNANDO CANO GOMEZ |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-005-950210 | COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL ANTIOQUIA |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | viernes, 12 de julio de 2024 | |

**VISTO BUENO JEFE INMEDIATO**

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

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | KAREN EDITH LEON JARMILLO | Fecha Verificación: | 12/07/2024 14:37:42 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: FERNANDO CANO GOMEZ
Cédula de ciudadanía: 8045941
Usuario SIIF: MHfcano
12/07/2024 5:38:05 p. m.

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

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

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

**DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA** | | | | | 20/06/2024 | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | | | | | **IDENTIFICACIÓN:** | | | |
| **DIANA CAROLINA LOZANO DIAZ** | | | | | **Tipo:** | **C.C.** | **No.** | **53121221** |
| **CONTRATO** | **No.** | **CO1.PCCNTR. 5830000** | **AÑO** | 2024 | **FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO** | 30 | 11 | 2024 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | 5_9502_133 Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación Profesional Titulada o complementaria en la línea tecnológica cliente modalidad presencial en el Complejo Tecnológico Minero Agroempresarial. | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Antioquia | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Complejo Tecnológico Minero Agroempresarial** | | |
| **NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)** | FERNANDO CANO GOMEZ | | | | **CARGO** | SUBDIRECTOR | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO** | WILFER ALBERTO LOPEZ MADRID | | | | **CARGO** | COORDINADOR ACADEMICO | | |

**INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RUTA** | **REMEDIOS - COSTEÑAL- REMEDIOS** | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Antioquia | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Complejo Tecnológico Minero Agroempresarial** | | |
| **CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS** | | | **ENTIDAD O EMPRESA:** | | | **CONTACTO** | |
| **FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO** | 22 | 7 | 24 | **FECHA FIN DESPLAZAMIENTO** | 26 | 7 | 24 |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO** | Impartir formacion complementaria en la vereda Costeñal Manejo basico de herramientas Ofimatica de acuerdo con las necesidades de manejo de información, solicitado por la Alcaldia de Remedios. | | | | | | |

**OBLIGACIONES DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| 1 | Desarrollar las actividades contractuales de acuerdo con la programacion establecida en los procesos formativos del centro de formación. |
| 2 | Seleccionar y programar activiades de enseñanza, aprendizaje, evaluacion según el programa de formacion profesional, calendario de formacion y el enfoque metodologico adoptado. |
| 3 | Orientar la formacion profesional integral como un proceso educativo teorico-practico , de carácter integral orientado al desarrollo de conocimientos basicos, tecnologicos y de actitudes y valores para el desarrollo humano y la convivencia social , que le permitan a la persona actuar critica y creativamente en los contextos productivos y sociales, la interiorización de valores éticos, la utilizacion de las cuatro fuentes del conocimiento |

**AGENDA**

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

**Día 1 : 22/07/24**
Desplazamientos ruta de ida: Desplazamiento del Municipio de Remedios hacia la vereda Costeñal
Medio de transporte: terrestre
Actividades a ejecutar: Realizar la presentación de la Guia del curso, desarrollar la actividad de reflexión y contextualización.
Desplazamientos Internos: N/A
**Día 2: 23/07/24**
Actividades a ejecutar: Orientar el resultado: APLICAR FUNCIONALIDADES DE HERRAMIENTAS Y SERVICIOS TIC, DE ACUERDO CON MANUALES DE USO, PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS Y BUENAS PRÁCTICAS.
**Día 3: 24/07/24**
Actividades a ejecutar: Orientar el resultado: ALISTAR HERRAMIENTAS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC), DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.
**Día 4: 25/07/24**
Actividades a ejecutar: OPTIMIZAR LOS RESULTADOS, DE ACUERDO CON LA VERIFICACIÓN
**Día 5: 26/07/24**
Actividades a ejecutar: EVALUAR LOS RESULTADOS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS.
Desplazamientos Ruta de regreso: Vereda Costeñal - Remedios
Medio de transporte: Terrestre.

**FIRMAS**

| **FIRMA ORDENADOR DE GASTO:** | **FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :** | **FIRMA DEL CONTRATISTA:** |
|---|---|---|
| Firmado digitalmente por Fernando Cano Gomez<br>Fecha: 2024.07.10 08:13:24 -05'00' | | |
| **Nombres y Apellidos: FERNANDO CANO GOMEZ** | **Nombres y Apellidos: WILFER ALBERTO LOPEZ MADRID** | |
| **Cargo: SUBDIRECTOR** | **Cargo: SUPERVISOR DEL CONTRATO** | **Nombres y Apellidos: DIANA CAROLINA LOZANO DIAZ** |

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO**

**CIUDAD Y FECHA** REMEDIOS, 29 DE JULIO 2024

**PRESENTADO A**: FERNANDO CANO - SUBDIRECTOR

| **ORDEN DE VIAJE No:** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
|---|---|---|
| **139824** | 22/07/24 | 26/07/24 |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA: (ciudad)** |
| REMEDIOS – COSTEÑAL – REMEDIOS | COMPLEJO TECNOLOGICO MINERO AGROEMPRESARIAL | |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:** Impartir curso complementario a la población de la vereda el Costeñal.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. Desplazamiento de Remedios al costeñal en horas de la mañana.
2. Reconoce los diferentes componentes del PC.
3. Utiliza correctamente los componentes del computador.
4. Maneja las funciones básicas del procesador de palabras.

**RESULTADOS:**

utilizar las herramientas de oficina, aplicando las funciones propias del procesador de palabras, hojas de cálculo y presentador de diapositivas en la resolución de problemas de acuerdo con las necesidades del cliente y las tendencias de las tecnologías de la información y de la comunicación.

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

1. Asistencia.
2. Registro fotográfico
3. Guía de aprendizaje

**COMPROMISOS**

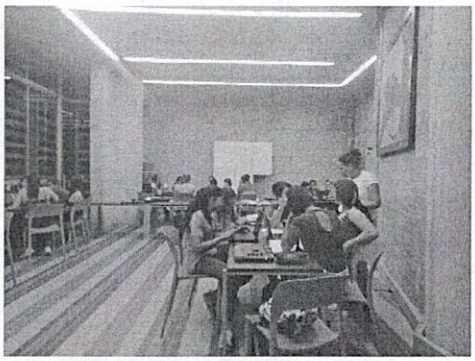
| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| 1. Se realizó una práctica donde se Orientar el resultado: Conocer las herramientas informáticas según la clasificación de la actividad a realizar. | Diana Carolina Lozano Díaz | 22/07/24 |
| 2. Adecuar las herramientas para la elaboración siguiendo los parámetros del manejo de TIC | Diana Carolina Lozano Díaz | 23 – 24 /07/24 |
| 3. Desarrollo actividad Hoja de cálculo propuesta en la Guía 1 y evaluada por | Diana Carolina Lozano Díaz | 25/07/24 |

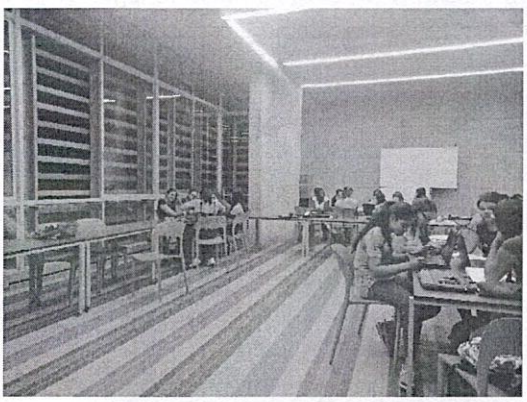
| | | |
|---|---|---|
| medio de una lista de chequeo a cada uno de los aprendices. | | |
| 4. Retroalimentación y cierre de sesión del manejo de las herramientas TIC. | Diana Carolina Lozano Díaz | 26/07/24 |

**CONCLUSIÓNES:**

1. Se logró que los aprendices interactuaran con las herramientas informaticas, para dar inicio a un buen manejo de las Tics según la actividad y necesidad.
2. Se llevó asistencia.

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE Y APELLIDO** | | **FIRMA** |
| **DIANA CAROLINA LOZANO DIAZ** | | |
| **VISTO BUENO SUPERVISOR** | | |
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR** | **FIRMA** |
| Coordinador de formación profesional | Wilfer Alberto López Madrid | |





| | |
|---|---|
| | Versión: 02 |
| | Código: GRF-F-076 |

## GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

## COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:** | **Remedios - 29 de Julio 2024** | **Código Regional :** | **5** |
| **NOMBRE DEL FUNCIONARIO:** | Diana Carolina Lozano Diaz | **Código Centro:** | **9502** |
| **No. DOCUMENTO IDENTIDAD:** | 53121221 | **Fecha de elaboración:** | **01/02/2018** |

En desarrollo de la comisión **No. 139824** durante los días **22 - 23 - 24 - 25 - 26** del mes de **JULIO** de **2024** se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

| FECHA | TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO | MEDIO DE TRANSPORTE EMPLEADO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| **22/07/2024** | Remedios - Costeñal | Escalera | 47000 |
| **26/07/2024** | Costeñal - Remedios | Escalera | 47000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | **RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:** | | **94000** |

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

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

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y su jefe inmediato, se autoriza el presente gasto.**

| COMISIONADO CONTRATISTA | | SUPERVISOR DE CONTRATO | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre completo:** | DIANA CAROLINA LOZANO DIAZ | **Nombre completo:** | WILFER ALBERTO LOPEZ MADRID | **Nombre completo:** | FERNANDO CANO GOMEZ |
| **Numero de Contrato:** | CO1.PCCNTR. 5830000 | **Cargo:** | CONTRATISTA ORDINADO FORMACION PROFESION | **Cargo:** | SUBDIRECTOR |
| **Firma:** |  | **Firma:** |  | **Firma:** |  Firmado digitalmente por Fernando Cano Gomez Fecha: 2024.09.04 16:15:56 -05'00' |