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 HUILA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

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

Código Regional	41
Código Centro	952610
Fecha Elaboración	Octubre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	95577-664285

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OLIMPO ANDRADE FALLA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.081.410.903	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	oandrade@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	84517465894
IP/Nº de contacto:	1	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

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

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5789399/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**3424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila, en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente para el área temática enfermeria y demás programas de formación relacionadas con el perfil del instructor.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**
Número de pago	**10**		
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**

Saldo Anterior del Contrato:	$ 11.461.566
Valor Total del Contrato:	$ 48.376.738
Nuevo Saldo del Contrato:	$ 6.996.021

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,85%
Ingresos por comisiones	$ 3.082.368	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 39.757
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.547.913**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.680.422**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 39.757**

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

	Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9473746081**
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 III	$ 43.600	$ 43.600
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	$ 754.791	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 37.181.350	$ 1.560.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. $ 10.224.146		
Retención en la Fuente Contingente	$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.680.422,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	7.547.913,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	39.757,00	0,85%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - LA PLATA	26.418,00	0,350%
.	0,00	0%
.	0,00	0%
.	0,00	0%
.	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.399.370,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplí con la programación establecida por coordinación académica en el procedimiento de ejecución de la formación base de 160hrs

Realicé registro de juicios evaluativos de los resultados de aprendizaje titulación técnico en enfermería ficha: 2870485.

Realice actualización de la plataforma Zajuna para la orientación de ambientes virtuales.

revise permanentemente el correo institucional respondiendo los correos recibidos.

hice cumplir el reglamento del aprendiz según lineamientos establecidos.

Realicé divulgación de los programas de formación Profesional y cursos ofertados.

participe en la reunión convocada por la coordinación académica.

Presenté informe mensual de actividades correspondientes al mes de octubre de 2024.

realice todas las actividades designadas por la coordinación académica: - impartí formación presencial. Impartí formación virtual.

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

Olimpo Andrade Falla.

OLIMPO ANDRADE FALLA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

Firmado digitalmente por Greicy Lorena Bernal Serrato

GREICY LORENA BERNAL SERRATO
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Firmado digitalmente por Hernan Camilo Cerquera Florez
Fecha: 2024.10.25 12:07:00 -05'00'

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1081410903		ANDRADE FALLA OLIMPO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1 no 6-49	LA PLATA-HUILA	8371404	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000222	9473746081	I	2024/10/02	2024/10/22	BANCO DE BOGOTA	20	$560,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$43,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$43,600		$0	$0
Ciudad: LA PLATA Depto: HUILA (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$43,600		$0	$0
1	CC	1081410903	ANDRADE OLIMPO	230301	30	$1,786,218	$285,800	EPS005	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$43,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$43,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1081410903		ANDRADE FALLA OLIMPO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1 no 6-49	LA PLATA-HUILA	8371404	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000222	9473746081	I	2024/10/02	2024/10/22	BANCO DE BOGOTA	20	$560,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$4,100	$0	$289,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$285,800	$4,100	$0	$289,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,600	$700	$0	$44,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,600	$700	$0	$44,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$3,200	$0	$226,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,300	$3,200	$0	$226,500
TOTAL				**1**	**$552,700**	**$8,000**	**$0**	**$560,700**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Plata - Huila, 20 de agosto de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
La Plata Huila

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-005714
20/08/2024 5:36:48 p. m.
Destinatario:

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

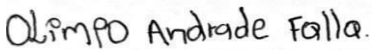
R.C	**1145833822**	**MARIA DE LOS ANGELES ANDRADE LEON**	**HIJA**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



Nombre: OLIMPO ANDRADE FALLA
C.C. 1.081.410.903 de La Plata Huila
oandrade@sena.edu.co
322288854

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1145833822

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **240074178**

240074178

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	U	W
X									

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANDRADE **********	LEON **********

Nombre(s)

MARIA DE LOS ANGELES **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ABR Día 11	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	24042810930987 ******

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LEON SALAZAR ANYI PAOLA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080266374 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ANDRADE FALLA OLIMPO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081410903 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ANDRADE FALLA OLIMPO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081410903 **********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2024 Mes ABR Día 12	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 3, FOLIO 56,12/04/2024

REGISTRADURÍA

Adhesivo Copia Registro Civil

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

Usuario que Genera Reporte:	MHhflorez	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	martes, 24 de septiembre de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	74324	**Fecha Solicitud**	2024-09-24	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-09-24	**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	4524	**Dependencia Solicitante**		952645 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA - 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
OLIMPO ANDRADE FALLA	CC: 1081410903	CONTRATISTA	Autorizada	2024-10-01	2024-10-03	HUILA / LA PLATA	HUILA / NEIVA	3	Si	0	3,5	4.465.545,00	336.520,00	1.177.820,00	109.622,00	1.287.442,00	Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. Hernando Moncaleano Perdomo
				2024-10-04	2024-10-04	HUILA / NEIVA	HUILA / LA PLATA	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**1.177.820,00**	**109.622,00**	**1.287.442,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. Hernando Moncaleano Perdomo

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	12282057	Nombre:	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637466296
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/09/24 16:46:25 -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:	MHhflorez	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	martes, 24 de septiembre de 2024	

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

Firma Responsable

Verificado Por:	EDERNILSON QUIROGA	Fecha Verificación:	24/09/2024 16:29:25

Firmado digitalmente por:
Nombre: HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Cédula de ciudadanía: 12282057
Usuario SIIF: MHhflorez
24/09/2024 4:47:39 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.

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjandela	JEFFERSON ANDREY ANDELA LIZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-041-	CENTRO DE DESARROLLO
Fecha y Hora Sistema:	2024-09-25-12:15 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 4524 de fecha 2024-01-16. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	117624	**Fecha Registro:**	2024-09-25	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	1.287.442,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	1.287.442,00	**Saldo x Obligar:**	1.287.442,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	1081410903	**Razón Social:**	OLIMPO ANDRADE FALLA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	84517465894	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	12282057	**Nombre:**	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**74324**	**Número:**	COM 74324	**Tipo:**	OTROS	**Fecha:**	2024-09-25

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
952645 CENTRO DE DESARROLLO	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		1.287.442,00	0,00		
					Total:	1.287.442,00	0,00	1.287.442,00	1.287.442,00

Objeto:	Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo"

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-09-27	1.287.442,00	1.287.442,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: La Plata (H), 18 de octubre de 2024

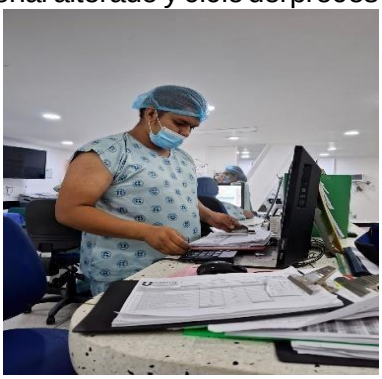
PRESENTADO A: Hernán Camilo Cerquera Florez, subdirector (E)

ORDEN DE VIAJE No: 74324	**FECHA DE INICIO:** 01/10/2024	**FECHA DE FINALIZACION:** 04/10/2024
LUGAR A DONDE REALIZO EL DESPLAZAMIENTO: La Plata Huila Neiva Huila	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: realizar prácticas formativas con los aprendices del técnico auxiliar en enfermería con ficha 2870485, sobre mantenimiento y recuperación de la salud en los pacientes del Hospital de Neiva "Hernando Moncaleano Perdomo"

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Martes 01/10/2024 – practica clínica en asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la salud según patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital.



Actividad: practica clínica.

2. miércoles 02/10/2024 – práctica clínica en asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la saludsegún patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital.



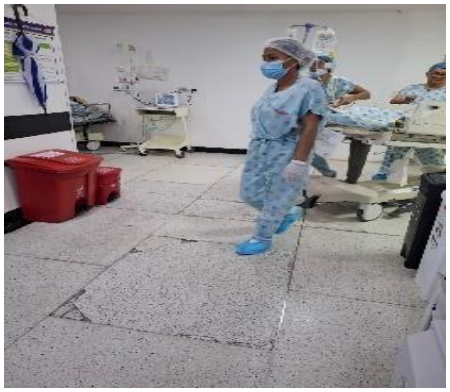
Actividad: practica clínica.

3. jueves 03/10/2024 – práctica clínica en asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la salud según patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital.



Actividad: practica clínica.

4. viernes 04/10/2024 – práctica clínica en asist a la persona en la recuperación y rehabilitación de la saludsegún patrón funcional alterado y ciclo de proceso vital.



Actividad: practica clínica.

TARIFA (A-B-C)	VALOR VIÁTICOS DIARIO	DÍAS	TOTAL VIÁTICOS	TRANSPORTE TERRESTRE	TRANSPORTE AÉREO	ENTRE TERMINALES	TOTAL ANTICIPO A PAGAR
A	$ 336.520	3,5	$ 1.177.820	$ 60.000	0	$ 49.622	$ 1.287.442
TOTAL			$ 1.177.820	$ 60.000	**0**	$ 49.622	$ 1.287.442

RESULTADOS:

1. Incorporación de las actividades desarrolladas a la formación profesional integral.

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

COMPROMISOS

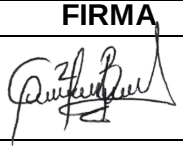
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

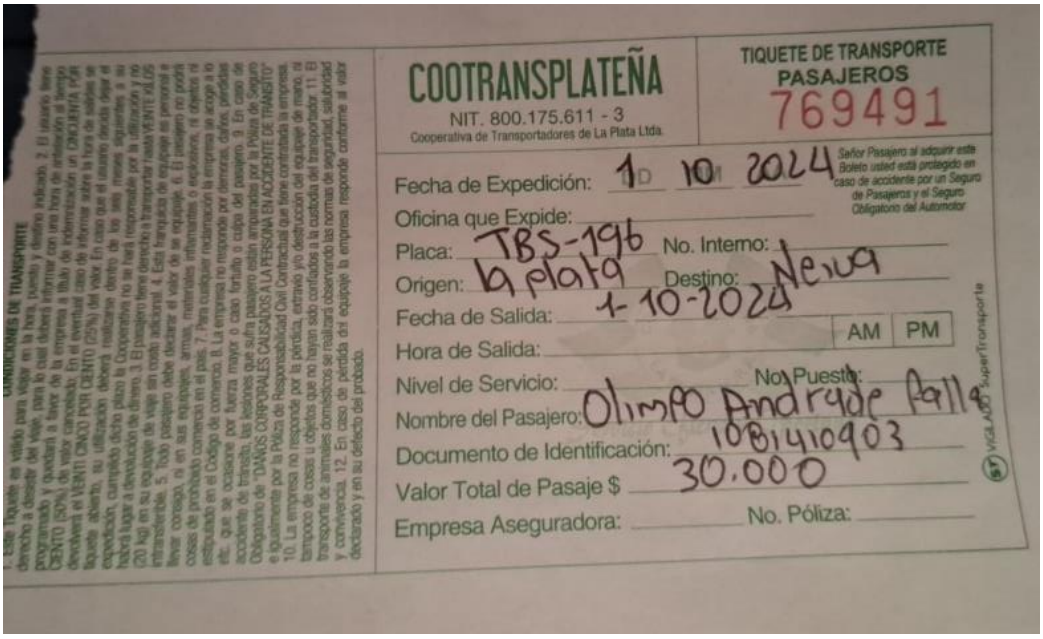
CONCLUSIONES: Con las actividades prácticas realizadas, los aprendices pudieron adquirir los conocimientos técnicos necesarios para la formación de los diferentes regímenes que conforman el sistema general de seguridad social en salud, identificar los diferentes protocolos de limpieza y desinfección del sitio hospitalario.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
Olimpo Andrade Falla	

VISTO BUENO SUPERVISOR

		FIRMA
Coordinadora Académica	Greicy Lorena Bernal Serrato	



CONDICIONES DE TRANSPORTE

1. Este tiquete no válido para viajar en la hora, puesto y destino indicado. 2. El usuario tiene derecho a desistir del viaje, para lo cual deberá informar con una hora de anticipación al tiempo programado y quedará a favor de la empresa a título de indemnización un CINCUENTA POR CIENTO (50%) de valor cancelado. En el eventual caso de informar sobre la hora de salida se devolverá el VEINTI CINCO POR CIENTO (25%) del valor. En caso que el usuario decida dejar el tiquete abierto, su utilización deberá realizarse dentro de los seis meses siguientes a su expedición, cumplido dicho plazo la Cooperativa no se hará responsable por la utilización y no habrá lugar a devolución de dinero. 3. El pasajero tiene derecho a transportar hasta VEINTE KILOS (20 kg) en su equipaje sin costo adicional. 4. Esta franquicia de equipaje es personal e intransferible. 5. Todo pasajero debe declarar el valor de su equipaje. 6. El pasajero no podrá llevar consigo, ni en sus equipajes, armas, materiales inflamables, explosivos, ni objetos ni cosas de prohibido comercio en el país. 7. Para cualquier reclamación la empresa se acoge a lo estipulado en el Código de comercio. 8. La empresa no responde por demoras, daños, pérdidas etc. que se ocasione por fuerza mayor o caso fortuito o culpa del pasajero. 9. En caso de accidente de tránsito, las lesiones que sufra pasajero están amparadas por la Póliza de Seguro Obligatorio de "DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LA PERSONA EN ACCIDENTE DE TRANSITO" e igualmente por la Póliza de Responsabilidad Civil Contractual que tiene contratada la empresa. 10. La empresa no responde por la pérdida, extravío y/o destrucción del equipaje de mano, ni tampoco de cosas u objetos que no hayan sido confiados a la custodia del transportador. 11. El transporte de animales domésticos se realizará observando las normas de seguridad, salubridad y convivencia. 12. En caso de pérdida del equipaje la empresa responde conforme al valor declarado y en su defecto del probado.

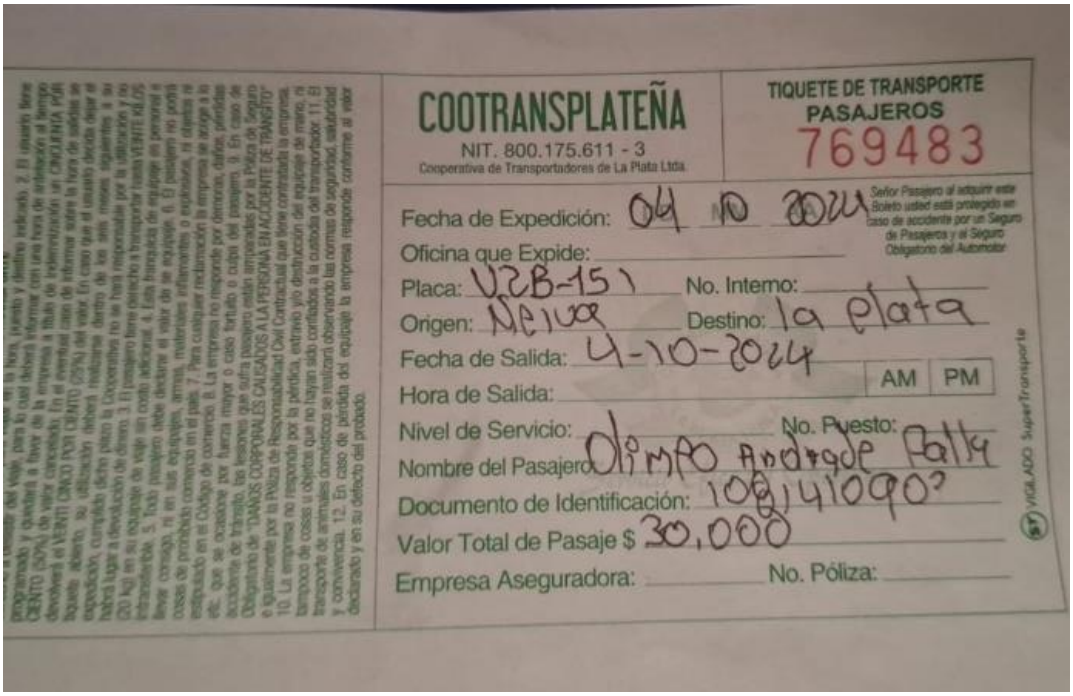
COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS
769491

Señor Pasajero al adquirir este Boleto usted está protegido en caso de accidente por un Seguro de Pasajeros y el Seguro Obligatorio del Automotor

Fecha de Expedición: 1 D 10 M 2024 A
Oficina que Expide:
Placa: TBS-196 No. Interno:
Origen: la plata Destino: Neiva
Fecha de Salida: 1-10-2024
Hora de Salida: AM PM
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Palla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 30.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

VIGILADO SuperTransporte



CONDICIONES DE TRANSPORTE

1. Este tiquete no válido para viajar en la hora, puesto y destino indicado. 2. El usuario tiene derecho a desistir del viaje, para lo cual deberá informar con una hora de anticipación al tiempo programado y quedará a favor de la empresa a título de indemnización un CINCUENTA POR CIENTO (50%) de valor cancelado. En el eventual caso de informar sobre la hora de salida se devolverá el VEINTI CINCO POR CIENTO (25%) del valor. En caso que el usuario decida dejar el tiquete abierto, su utilización deberá realizarse dentro de los seis meses siguientes a su expedición, cumplido dicho plazo la Cooperativa no se hará responsable por la utilización y no habrá lugar a devolución de dinero. 3. El pasajero tiene derecho a transportar hasta VEINTE KILOS (20 kg) en su equipaje sin costo adicional. 4. Esta franquicia de equipaje es personal e intransferible. 5. Todo pasajero debe declarar el valor de su equipaje. 6. El pasajero no podrá llevar consigo, ni en sus equipajes, armas, materiales inflamables, explosivos, ni objetos ni cosas de prohibido comercio en el país. 7. Para cualquier reclamación la empresa se acoge a lo estipulado en el Código de comercio. 8. La empresa no responde por demoras, daños, pérdidas etc. que se ocasione por fuerza mayor o caso fortuito o culpa del pasajero. 9. En caso de accidente de tránsito, las lesiones que sufra pasajero están amparadas por la Póliza de Seguro Obligatorio de "DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LA PERSONA EN ACCIDENTE DE TRANSITO" e igualmente por la Póliza de Responsabilidad Civil Contractual que tiene contratada la empresa. 10. La empresa no responde por la pérdida, extravío y/o destrucción del equipaje de mano, ni tampoco de cosas u objetos que no hayan sido confiados a la custodia del transportador. 11. El transporte de animales domésticos se realizará observando las normas de seguridad, salubridad y convivencia. 12. En caso de pérdida del equipaje la empresa responde conforme al valor declarado y en su defecto del probado.

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS
769483

Señor Pasajero al adquirir este Boleto usted está protegido en caso de accidente por un Seguro de Pasajeros y el Seguro Obligatorio del Automotor

Fecha de Expedición: 04 D 10 M 2024 A
Oficina que Expide:
Placa: UZB-151 No. Interno:
Origen: Neiva Destino: la plata
Fecha de Salida: 4-10-2024
Hora de Salida: AM PM
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Palla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 30.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

VIGILADO SuperTransporte

	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					**20/08/2024**			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
OLIMPO ANDRADE FALLA					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**1081410903**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR.5789399**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	1	11	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila, en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente para el área temática enfermeria y demás programas de formación relacionadas con el perfil del instructor.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Huila				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ				**CARGO**	SUBDIRECTOR (E)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	RUBEN DARIO RAMIREZ CUELLAR				**CARGO**	COORDINADOR ACADÉMICO		
INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	la plata huila - neiva huila.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Huila				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	NEIVA			**ENTIDAD O EMPRESA:**			**CONTACTO**	
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	1	10	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**	4	10	2024	
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo"							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Cumplir con los lineamientos y disposiciones del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA, Código de Integridad del SENA, desarrollando personalmente las acciones de formación asignadas por la Coordinación Académica, de acuerdo con la programación establecida.
2	Cumplir el objeto del contrato de manera personal, disponiendo de toda su capacidad, seriedad, responsabilidad, profesionalismo y eficiencia en su desarrollo, que derive en excelente calidad de la formación a impartir, en el área que se ha contratado, cumpliendo con la programación establecida previa concertación con la Coordinación Académica, en los horarios y lugares establecidos para impartir la formación y de acuerdo con el diseño y desarrollo curricular de los programas, lineamientos y política institucional establecidos en el Procedimiento de Ejecución de la Formación sobre una base de ciento sesenta (160) horas por periodo mensual.
3	Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como implementar las estrategias establecidas en el protocolo de la ruta de atención prevención deserción de aprendices – GFPI – PR - 001.

AGENDA

ACTIVIDADES

Día 1 : 01/10/2024
Desplazamientos ruta de ida: La Plata, Neiva.
Medio de transporte: Terrestre.
Actividades a ejecutar:
- 8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.
-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.
- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .
-7:00pm: finalizacion de la practica.

Día 2: 02/10/2024
Actividades a ejecutar:
- 8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.
-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.
- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .
-7:00pm: finalizacion de la practica.

Día 3: 03/10/2024
Actividades a ejecutar:
- 8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.
-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.
- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .
-7:00pm: finalizacion de la practica.

Día 4 : 04/10/2024

Actividades a ejecutar:

-8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.

-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.

- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .

-7:00pm: finalizacion de la practica.

Desplazamiento de regreso: Neiva-La Plata

Desplazamientos Internos: N/A

Observaciones:

Se liquidan gastos de transporte entre terminales aéreas por valor de $ 0

Se liquidan gastos de transporte entre terminales terrestre por valor de $ 49.622

Se liquidan gastos de transporte intermunicipal por valor de $ 60.000

CDP: 4524 fecha: 16 enero 2024

Cuenta Bancaria: No. 84517465894 BANCO: BANCOLOMBIA TIPO CUENTA: AHORROS

Valor Honorarios mensual : 4.465.545 16 de Enero 2024

TARIFA (A-B- C)	VALOR VIATICOS DIARIO	DIAS	TOTAL VIATICOS	TRANSPORTE TERRESTRE	TRANSPORTE AEREO	ENTRE TERMINALES	TOTAL ANTICIPO A PAGAR
A	$ 336.520	3,5	$ 1.177.820	$ 60.000	0	$ 49.622	$ 1.287.442
TOTALES			**$ 1.177.820**	**$ 60.000**	**0**	**$ 49.622**	**$ 1.287.442**

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :	FIRMA DEL CONTRATISTA:
Firmado digitalmente por Hernan Camilo Cerquera Florez Fecha: 2024.09.24 10:34:21 -05'00'	Firmado digitalmente por Ruben Dario Ramirez Cuellar	Olimpo Andrade Falla.
Nombres y Apellidos: **HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ**	**Nombres y Apellidos:** **RUBEN DARIO RAMIREZ CUELLAR**	
Cargo: **SUBDIRECTOR (E)**	**Cargo:** **COORDINADOR ACADÉMICO**	**Nombres y Apellidos:** **OLIMPO ANDRADE FALLA**

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

Usuario que Genera Reporte:	MHhflorez	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 26 de septiembre de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	75024	**Fecha Solicitud**	2024-09-25	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-09-26	**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	4524	**Dependencia Solicitante**		952645 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA - 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
OLIMPO ANDRADE FALLA	CC: 1081410903	CONTRATISTA	Autorizada	2024-10-07	2024-10-10	HUILA / LA PLATA	HUILA / NEIVA	4	Si	0	4,5	4.465.545,00	336.520,00	1.514.340,00	109.622,00	1.623.962,00	Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. Hernando Moncaleano Perdomo
				2024-10-11	2024-10-11	HUILA / NEIVA	HUILA / LA PLATA	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**1.514.340,00**	**109.622,00**	**1.623.962,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. Hernando Moncaleano Perdomo

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	1228957	Nombre:	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637466296
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/09/26 09:00:58 -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:	MHhflorez	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 26 de septiembre de 2024	

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

Firma Responsable

Verificado Por:	EDERNILSON QUIROGA	Fecha Verificación:	26/09/2024 8:51:18

Firmado digitalmente por:
Nombre: HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Cédula de ciudadanía: 12282057
Usuario SIIF: MHhflorez
26/09/2024 9:01:17 a. 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.

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjandela	JEFFERSON ANDREY ANDELA LIZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-041-	CENTRO DE DESARROLLO
Fecha y Hora Sistema:	2024-09-26-2:30 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 4524 de fecha 2024-01-16. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	118424	**Fecha Registro:**	2024-09-26	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	1.623.962,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	1.623.962,00	**Saldo x Obligar:**	1.623.962,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	1081410903	**Razón Social:**	OLIMPO ANDRADE FALLA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	84517465894	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	12282057	**Nombre:**	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**75024**	**Número:**	COM 75024	**Tipo:**	OTROS	**Fecha:**	2024-09-26

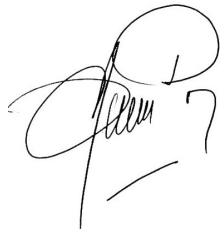
ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
952645 CENTRO DE DESARROLLO	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		1.623.962,00	0,00		
					Total:	1.623.962,00	0,00	1.623.962,00	1.623.962,00

Objeto:	Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo"

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-09-30	1.623.962,00	1.623.962,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: La Plata (H), 18 de octubre de 2024

PRESENTADO A: Hernán Camilo Cerquera Florez, subdirector (E)

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
75024	07/10/2024	11/10/2024
LUGAR A DONDE REALIZO EL DESPLAZAMIENTO:	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
La Plata Huila - Neiva Huila		

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: realizar prácticas formativas con los aprendices del técnico auxiliar en enfermería con ficha 2870485, sobre mantenimiento y recuperación de la salud en los pacientes del Hospital de Neiva "Hernando Moncaleano Perdomo"

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. lunes 07/10/2024 – práctica clínica en asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la salud según patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital.



Actividad: práctica clínica.

2. martes 8/10/2024 – práctica clínica en asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la saludsegún patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital.



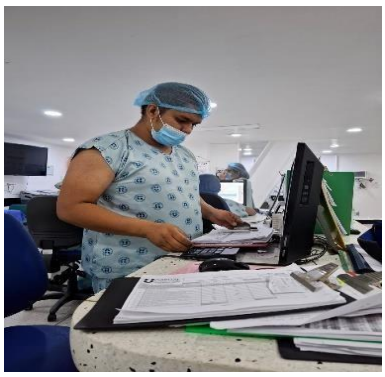
Actividad: práctica clínica.

3. miércoles 09/10/2024 – práctica clínica en asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la salud según patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital.



Actividad: práctica clínica.

4. jueves 10/10/2024 – práctica clínica en asisti a la persona en la recuperación y rehabilitación de la saludsegún patrón funcional alterado y ciclo de proceso vital.



Actividad: práctica clínica.

5. viernes 11/10/2024 – práctica clínica en asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la salud según patrón funcional alterado y ciclo de proceso vital.  Actividad: práctica clínica.	

TARIFA (A-B-C)	VALOR VIÁTICOS DIARIO	DÍAS	TOTAL VIÁTICOS	TRANSPORTE TERRESTRE	TRANSPORTE AÉREO	ENTRE TERMINALES	TOTAL ANTICIPO A PAGAR
A	$ 336.520	4,5	$ 1.514.340	$ 60.000	0	$ 49.622	$ 1.623.952
TOTAL			$ 1.514.340	$ 60.000	**0**	$ 49.622	$ 1.623.962

RESULTADOS:

1. Incorporación de las actividades desarrolladas a la formación profesional integral.

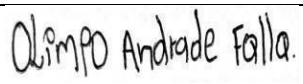
EVIDENCIAS O SOPORTES:Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe.

COMPROMISOS

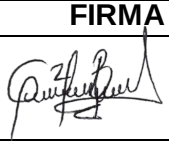
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

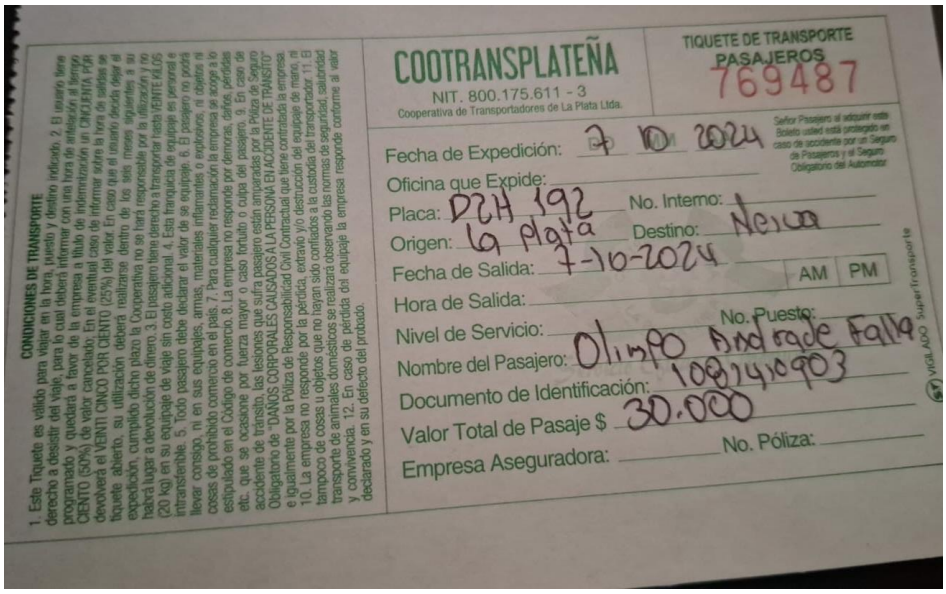
CONCLUSIONES: Con las actividades prácticas realizadas, los aprendices pudieron adquirir los conocimientos técnicos necesarios para la formación de los diferentes regímenes que conforman el sistema general de seguridad social en salud, identificar los diferentes protocolos de limpieza y desinfección del sitio hospitalario.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
Olimpo Andrade Falla	

VISTO BUENO SUPERVISOR

		FIRMA
Coordinadora Académica	Greicy Lorena Bernal Serrato	



CONDICIONES DE TRANSPORTE

1. Este Tiquete es válido para viajar en la hora, puesto y destino indicado. 2. El usuario tiene derecho a desistir del viaje, para lo cual deberá informar con una hora de anteación al tiempo programado y quedará a favor de la empresa a título de indemnización un CINCUENTA POR CIENTO (50%) de valor cancelado. En el eventual caso de informar sobre la hora de salidas se devolverá el VENTI CINCO POR CIENTO (25%) del valor. En caso que el usuario decida dejar el tiquete abierto, su utilización deberá realizarse dentro de los seis meses siguientes, a su expedición, cumplido dicho plazo la Cooperativa no se hará responsable por la utilización y no habrá lugar a devolución de dinero. 3. El pasajero tiene derecho a transportar hasta VEINTE KILOS (20 Kg) en su equipaje de viaje sin costo adicional. 4. Esta franquicia de equipaje es personal e intransferible. 5. Todo pasajero debe declarar el valor de se equipaje. 6. El pasajero no podrá llevar consigo, ni en sus equipajes, armas, materiales inflamantes o explosivos, ni objetos ni cosas de prohibido comercio en el país. 7. Para cualquier reclamación la empresa se acoge a lo estipulado en el Código de comercio. 8. La empresa no responde por demoras, daños, pérdidas etc. que se ocasione por fuerza mayor o caso fortuito o culpa del pasajero. 9. En caso de accidente de tránsito, las lesiones que sufra pasajero están amparadas por la Póliza de Seguro Obligatorio de "DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LA PERSONA EN ACCIDENTE DE TRANSITO" e igualmente por la Póliza de Responsabilidad Civil Contractual que tiene contratada la empresa. 10. La empresa no responde por la pérdida, extravío y/o destrucción del equipaje de mano, ni tampoco de cosas u objetos que no hayan sido confiados a la custodia del transportador. 11. El transporte de animales domésticos se realizara observando las normas de seguridad, salubridad y convivencia. 12. En caso de pérdida del equipaje la empresa responde conforme al valor declarado y en su defecto del probado.

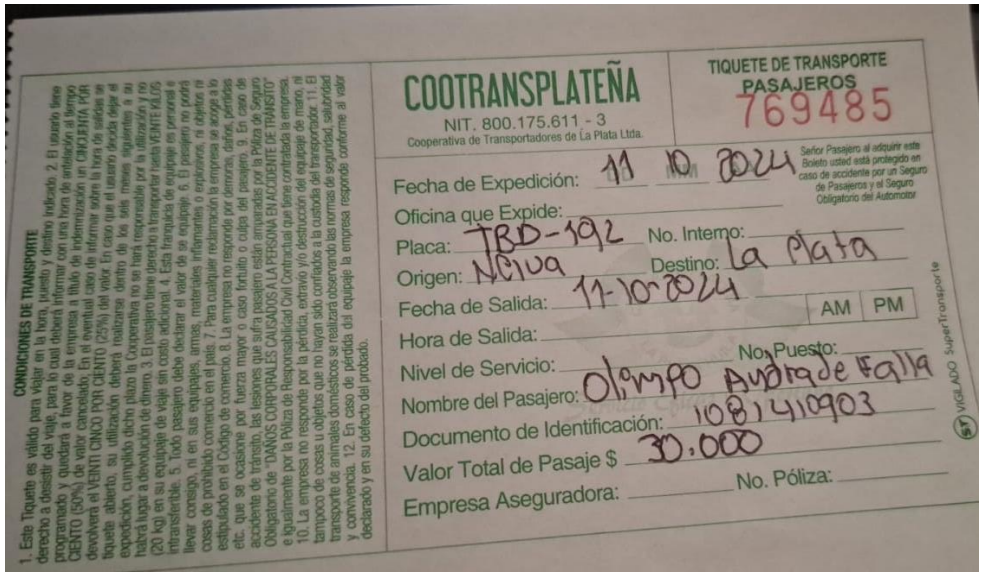
COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS
769487

Señor Pasajero al adquirir este Boleto usted está protegido en caso de accidente por un Seguro de Pasajeros y el Seguro Obligatorio del Automotor

VIGILADO SuperTransporte

Fecha de Expedición: 7 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: DZH 192 No. Interno:
Origen: La Plata Destino: Neiva
Fecha de Salida: 7-10-2024
Hora de Salida: AM PM
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1082410903
Valor Total de Pasaje $ 30.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:



CONDICIONES DE TRANSPORTE

1. Este Tiquete es válido para viajar en la hora, puesto y destino indicado. 2. El usuario tiene derecho a desistir del viaje, para lo cual deberá informar con una hora de anteación al tiempo programado y quedará a favor de la empresa a título de indemnización un CINCUENTA POR CIENTO (50%) de valor cancelado. En el eventual caso de informar sobre la hora de salidas se devolverá el VENTI CINCO POR CIENTO (25%) del valor. En caso que el usuario decida dejar el tiquete abierto, su utilización deberá realizarse dentro de los seis meses siguientes a su expedición, cumplido dicho plazo la Cooperativa no se hará responsable por la utilización y no habrá lugar a devolución de dinero. 3. El pasajero tiene derecho a transportar hasta VEINTE KILOS (20 kg) en su equipaje de viaje sin costo adicional. 4. Esta franquicia de equipaje es personal e intransferible. 5. Todo pasajero debe declarar el valor de se equipaje. 6. El pasajero no podrá llevar consigo, ni en sus equipajes, armas, materiales inflamantes o explosivos, ni objetos ni cosas de prohibido comercio en el país. 7. Para cualquier reclamación la empresa se acoge a lo estipulado en el Código de comercio. 8. La empresa no responde por demoras, daños, pérdidas etc. que se ocasione por fuerza mayor o caso fortuito o culpa del pasajero. 9. En caso de accidente de tránsito, las lesiones que sufra pasajero están amparadas por la Póliza de Seguro Obligatorio de "DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LA PERSONA EN ACCIDENTE DE TRANSITO" e igualmente por la Póliza de Responsabilidad Civil Contractual que tiene contratada la empresa. 10. La empresa no responde por la pérdida, extravío y/o destrucción del equipaje de mano, ni tampoco de cosas u objetos que no hayan sido confiados a la custodia del transportador. 11. El transporte de animales domésticos se realizara observando las normas de seguridad, salubridad y convivencia. 12. En caso de pérdida del equipaje la empresa responde conforme al valor declarado y en su defecto del probado.

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS
769485

Señor Pasajero al adquirir este Boleto usted está protegido en caso de accidente por un Seguro de Pasajeros y el Seguro Obligatorio del Automotor

VIGILADO SuperTransporte

Fecha de Expedición: 11 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: TBD-192 No. Interno:
Origen: Neiva Destino: La Plata
Fecha de Salida: 11-10-2024
Hora de Salida: AM PM
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1082410903
Valor Total de Pasaje $ 30.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

	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					**20/08/2024**			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
OLIMPO ANDRADE FALLA					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**1081410903**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR .5789399**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	1	11	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila, en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente para el área temática enfermeria y demás programas de formación relacionadas con el perfil del instructor.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Huila				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ				**CARGO**	SUBDIRECTOR (E)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	RUBEN DARIO RAMIREZ CUELLAR				**CARGO**	COORDINADOR ACADÉMICO		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	la plata huila - neiva huila.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	HUILA				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	NEIVA			**ENTIDAD O EMPRESA:**			**CONTACTO**	
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	7	10	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		11	10	2024
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo"							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Cumplir con los lineamientos y disposiciones del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA, Código de Integridad del SENA, desarrollando personalmente las acciones de formación asignadas por la Coordinación Académica, de acuerdo con la programación establecida.
2	Cumplir el objeto del contrato de manera personal, disponiendo de toda su capacidad, seriedad, responsabilidad, profesionalismo y eficiencia en su desarrollo, que derive en excelente calidad de la formación a impartir, en el área que se ha contratado, cumpliendo con la programación establecida previa concertación con la Coordinación Académica, en los horarios y lugares establecidos para impartir la formación y de acuerdo con el diseño y desarrollo curricular de los programas, lineamientos y política institucional establecidos en el Procedimiento de Ejecución de la Formación sobre una base de ciento sesenta (160) horas por periodo mensual.
3	Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como implementar las estrategias establecidas en el protocolo de la ruta de atención prevención deserción de aprendices – GFPI – PR - 001.

AGENDA

ACTIVIDADES

Día 1 : 07/10/2024
Desplazamientos ruta de ida: La Plata, Neiva.
Medio de transporte: Terrestre.
Actividades a ejecutar:
- 8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.
-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.
- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .
-7:00pm: finalizacion de la practica.

Día 2: 08/10/2024
Actividades a ejecutar:
- 8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.
-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.
- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .
-7:00pm: finalizacion de la practica.

Día 3: 09/10/2024
Actividades a ejecutar:
- 8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.
-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.
- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .
-7:00pm: finalizacion de la practica.

Día 4 : 10/10/2024
Actividades a ejecutar:
-8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.
-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.
- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .
-7:00pm: finalizacion de la practica.

Día 5 : 11/10/2024
Actividades a ejecutar:
-8:00 am: desplazamiento a la ciudad de Neiva desde La Plata Huila.
-10:30 am: acomodacion hotel ciudad de Neiva.
- 1:00 pm: Realizar practicas formativas con aprendices del tecnico enEnfermeria ficha 2870485, sobre practica mantenimiento y recuperacion de la salud de los pacientes en Hospital Univertitario de Neiva. "Hernando Moncaleano Perdomo" .
-7:00pm: finalizacion de la practica.
Desplazamiento de regreso: Neiva-La Plata
Desplazamientos Internos: N/A

Observaciones:
Se liquidan gastos de transporte entre terminales aéreas por valor de $ 0
Se liquidan gastos de transporte entre terminales terrestre por valor de $ 49.622
Se liquidan gastos de transporte intermunicipal por valor de $ 60.000

CDP: 4524 fecha: 16 enero 2024

Cuenta Bancaria: No. 84517465894 BANCO: BANCOLOMBIA TIPO CUENTA: AHORROS

Valor Honorarios mensual : 4.465.545 16 de Enero 2024

TARIFA (A-B- C)	VALOR VIATICOS DIARIO	DIAS	TOTAL VIATICOS	TRANSPORTE TERRESTRE	TRANSPORTE AEREO	ENTRE TERMINALES	TOTAL ANTICIPO A PAGAR
A	$ 336.520	4,5	$ 1.514.340	$ 60.000	0	$ 49.622	$ 1.623.962
TOTALES			**$ 1.514.340**	**$ 60.000**	**0**	**$ 49.622**	**$ 1.623.962**

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :	FIRMA DEL CONTRATISTA:
Firmado digitalmente por Hernan Camilo Cerquera Florez Fecha: 2024.09.24 10:34:44 -05'00'	Firmado digitalmente por Ruben Dario Ramirez Cuellar	Olimpo Andrade Falla.
Nombres y Apellidos: HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ	**Nombres y Apellidos:** RUBEN DARIO RAMIREZ CUELLAR	
Cargo: SUBDIRECTOR (E)	**Cargo:** COORDINADOR ACADÉMICO	**Nombres y Apellidos:** OLIMPO ANDRADE FALLA

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

Usuario que Genera Reporte:	MHhflorez	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 9 de octubre de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	82124	**Fecha Solicitud**	2024-10-08	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-10-09	**Genera Viáticos**	NO	**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	4524	**Dependencia Solicitante**		952645 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.	
Rubro Presupuestal de Viaticos		-	**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

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/10/09 08:01:56 -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.

OLIMPO ANDRADE FALLA	CC: 1081410903	CONTRATISTA	Autorizada	2024-10-15 2024-10-16 2024-10-21 2024-10-23	2024-10-15 2024-10-16 2024-10-21 2024-10-23	HUILA / LA PLATA	CAUCA / PAEZ	0,5	No	50	2	4.465.545,00	0,00	0,00	170.964,00	170.964,00	Impartir formación profesional con numero de ficha 2870485, al tecnico auxiliar de enfermeria en el Municipio de itaibe resguardo indigena pickwe tha fiw.
											Totales Solicitud de Comisión			**0,00**	**170.964,00**	**170.964,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN
Impartir formación profesional con numero de ficha 2870485, al tecnico auxiliar de enfermeria en el Municipio de itaibe resguardo indigena pickwe tha fiw.

ORDENADOR DEL GASTO					
Identificacion:	12282057	Nombre:	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO			
Nombre:	""	Cargo:	""

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:	MHhflorez	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 9 de octubre de 2024	

Firma Responsable

Verificado Por:	ELIANA ANAYA MEDINA	Fecha Verificación:	08/10/2024 15:50:48

Firmado digitalmente por:
Nombre: HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Cédula de ciudadanía: 12282057
Usuario SIIF: MHhflorez
9/10/2024 8:02:08 a. 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.

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjandela	JEFFERSON ANDREY ANDELA LIZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-041-	CENTRO DE DESARROLLO
Fecha y Hora Sistema:	2024-10-09-12:06 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 4524 de fecha 2024-01-16. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	138124	**Fecha Registro:**	2024-10-09	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	170.964,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	170.964,00	**Saldo x Obligar:**	170.964,00
TERCERO ORIGINAL									
Identificación: Cédula de Ciudadanía	1081410903	**Razón Social:**	OLIMPO ANDRADE FALLA					**Medio de Pago:**	Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA									
Número:	84517465894	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.			**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa
ORDENADOR DEL GASTO									
Identificación:	12282057	**Nombre:**	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ			**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA		

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**82124**	**Número:**	COM 82124	**Tipo:**	OTROS	**Fecha:**	2024-10-09

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
952645 CENTRO DE DESARROLLO	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		170.964,00	0,00		
					Total:	170.964,00	0,00	170.964,00	170.964,00

Objeto:	Impartir formación profesional con numero de ficha 2870485, al tecnico auxiliar de enfermeria en el Municipio de itaibe resguardo indigena pickwe tha fiw.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-10-11	170.964,00	170.964,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: La Plata (H), 23 de octubre de 2024

PRESENTADO A: Hernán Camilo Cerquera Florez, subdirector (E)

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
82124	15/10/2024	23/10/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO:	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
La Plata- Itaibe resguardo indígena pickwe tha fiw-La Plata		

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir formación profesional integral al Técnico Auxiliar de enfermería ficha 2870485

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Martes 15/10/2024 – Asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la salud según patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital.



Actividad: clase magistral.

2. miércoles 16/10/2024 - Reconocer la política del sector farmacéutico teniendo en cuenta normas éticas y lineamientos vigentes establecidos.



Actividad: clase magistral.

3. lunes 21/10/2024 – Asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la salud según patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital.



Actividad: clase magistral.

4. miércoles 23/10/2024 - Asistir a la persona en la recuperación y rehabilitación de la salud según patrón funcional alterado y ciclo del proceso vital



Actividad: clase magistral

TARIFA (A-B-C)	VALOR VIÁTICOS DIARIO	DÍAS	TOTAL VIÁTICOS	TRANSPORTE TERRESTRE	TRANSPORTE AÉREO	ENTRE TERMINALES	TOTAL ANTICIPO A PAGAR
C	$ 0	0	$ 0	$ 18.000	0	$ 24.741	$ 42.741
C	$ 0	0	$ 0	$ 18.000	0	$ 24.741	$ 42.741
C	$ 0	0	$ 0	$ 18.000	0	$ 24.741	$ 42.741
C	$ 0	0	$ 0	$ 18.000	0	$ 24.741	$ 42.741
TOTAL			**$ 0**	**$ 72.000**	**0**	**$ 98.964**	**$ 170.964**

RESULTADOS:

1. Incorporación de las actividades desarrolladas a la formación profesional integral.

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

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

CONCLUSIÓNES: Con las actividades teóricas y prácticas realizadas, los aprendices pudieron adquirir los conocimientos técnicos necesarios para la formación de los diferentes regímenes que conforman el sistema general de seguridad social en salud, identificar los diferentes protocolos de limpieza y desinfección del sitio hospitalario.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
Olimpo Andrade Falla	

VISTO BUENO SUPERVISOR

		FIRMA
Coordinador Académico	Greicy Lorena Bernal Serrato	 Firmado digitalmente por Greicy Lorena Bernal Serrato

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 742690

Fecha de Expedición: 15 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: TBS-196 No. Interno:
Origen: La Plata Destino: Italbe
Fecha de Salida: 15-10-2024 AM PM
Hora de Salida:
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 9.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 769484

Fecha de Expedición: 15 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: D2H-912 No. Interno:
Origen: Italbe Destino: la plata
Fecha de Salida: 15-10-2024 AM PM
Hora de Salida:
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 9.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 769405

Fecha de Expedición: 16 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: V2B 151 No. Interno:
Origen: La Plata Destino: Italbe
Fecha de Salida: 16-10-2024 AM PM
Hora de Salida:
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 9.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 769488

Fecha de Expedición: 16 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: TMZ-220 No. Interno:
Origen: Italbe Destino: la plata
Fecha de Salida: 16-10-2024 AM PM
Hora de Salida:
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 9.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 769489

Fecha de Expedición: 21 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: D2H-912 No. Interno:
Origen: La Plata Destino: Italbe
Fecha de Salida: 21-10-2024 AM PM
Hora de Salida:
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1.081.410.903
Valor Total de Pasaje $ 9.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 769495

Fecha de Expedición: 21 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: TBO-592 No. Interno:
Origen: Italbe Destino: la plata
Fecha de Salida: 21-10-2024 AM PM
Hora de Salida:
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 9.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 769404

Fecha de Expedición: 23 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: TBS-526 No. Interno:
Origen: La Plata Destino: Italbe
Fecha de Salida: 23-10-2024 AM PM
Hora de Salida:
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 9.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 769403

Fecha de Expedición: 23 10 2024
Oficina que Expide:
Placa: V2B 151 No. Interno:
Origen: Italbe Destino: la plata
Fecha de Salida: 23-10-2024 AM PM
Hora de Salida:
Nivel de Servicio: No. Puesto:
Nombre del Pasajero: Olimpo Andrade Falla
Documento de Identificación: 1081410903
Valor Total de Pasaje $ 9.000
Empresa Aseguradora: No. Póliza:

	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					**7/10/2024**			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
OLIMPO ANDRADE FALLA					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**1.081.410.903**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR .5789399**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	1	11	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila, en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente para el área temática enfermeria y demás programas de formación relacionadas con el perfil del instructor.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Huila				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ				**CARGO**	SUBDIRECTOR (E)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	GREICY LORENA BERNAL SERRATO				**CARGO**	COORDINADORA ACADÉMICA		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	la plata huila -itaibe Paez Cauca resguardo indigena pickwe tha fiw.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Huila				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	LA PLATA HUILA COLOMBIA			**ENTIDAD O EMPRESA:**			**CONTACTO**	
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	15	10	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		23	10	2024
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación profesional con numero de ficha 2870485, al tecnico auxiliar de enfermeria en el Municipio de itaibe resguardo indigena pickwe tha fiw.							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Cumplir con los lineamientos y disposiciones del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA, Código de Integridad del SENA, desarrollando personalmente las acciones de formación asignadas por la Coordinación Académica, de acuerdo con la programación establecida.
2	Cumplir el objeto del contrato de manera personal, disponiendo de toda su capacidad, seriedad, responsabilidad, profesionalismo y eficiencia en su desarrollo, que derive en excelente calidad de la formación a impartir, en el área que se ha contratado, cumpliendo con la programación establecida previa concertación con la Coordinación Académica, en los horarios y lugares establecidos para impartir la formación y de acuerdo con el diseño y desarrollo curricular de los programas, lineamientos y política institucional establecidos en el Procedimiento de Ejecución de la Formación sobre una base de ciento sesenta (160) horas por periodo mensual.
3	Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como implementar las estrategias establecidas en el protocolo de la ruta de atención prevención deserción de aprendices – GFPI – PR - 001.

AGENDA

ACTIVIDADES

Día 1 : 15/10/2024
Desplazamientos ruta de ida: La Plata, itaibe Paez Cauca
Medio de transporte: Terrestre.
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional con numero de ficha 2870485, al tecnico auxiliar de enfermeria.
Desplazamientos Internos: itaibe Paez Cauca resguardo indigena pickwe tha fiw. - La Plata

Día 2: 16/10/2024
Desplazamientos ruta de ida: La Plata, itaibe Paez Cauca
Medio de transporte: Terrestre.
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional con numero de ficha 2870485, al tecnico auxiliar de enfermeria.
Desplazamientos Internos: itaibe Paez Cauca resguardo indigena pickwe tha fiw. - La Plata

Día 3: 21/10/2024
Desplazamientos ruta de ida: La Plata, itaibe Paez Cauca
Medio de transporte: Terrestre.
Actividades a ejecutar:Impartir formación profesional con numero de ficha 2870485, al tecnico auxiliar de enfermeria.
Desplazamientos Internos: Litaibe Paez Cauca resguardo indigena pickwe tha fiw. - La Plata

Día 4 : 23/10/2024
Desplazamientos ruta de ida: La Plata, itaibe Paez Cauca
Medio de transporte: Terrestre.
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional con numero de ficha 2870485, al tecnico auxiliar de enfermeria.
Desplazamientos Internos: itaibe Paez Cauca resguardo indigena pickwe tha fiw. - La Plata

Observaciones:
Se liquidan gastos de transporte entre terminales aéreas por valor de $ 0
Se liquidan gastos de transporte entre terminales terrestre por valor de $ 98.964
Se liquidan gastos de transporte intermunicipal por valor de $ 72.000

CDP: 4524 fecha: 16 enero 2024

Cuenta Bancaria: No. 84517465894 BANCO: BANCOLOMBIA TIPO CUENTA: AHORROS

Valor Honorarios mensual : 4.465.545 16 de Enero 2024

TARIFA (A-B- C)	VALOR VIATICOS DIARIO	DIAS	TOTAL VIATICOS	TRANSPORTE TERRESTRE	TRANSPORTE AEREO	ENTRE TERMINALES	TOTAL ANTICIPO A PAGAR
C	$ 0	0	$ 0	$ 18.000	0	$ 24.741	$ 42.741
C	$ 0	0	$ 0	$ 18.000	0	$ 24.741	$ 42.741
C	$ 0	0	$ 0	$ 18.000	0	$ 24.741	$ 42.741
C	$ 0	0	$ 0	$ 18.000	0	$ 24.741	$ 42.741
TOTALES			**$ 0**	**$ 72.000**	**0**	**$ 98.964**	**$ 170.964**

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Firmado digitalmente por Hernan Camilo Cerquera Florez Fecha: 2024.10.08 10:52:57 -05'00'	Firmado digitalmente por Greicy Lorena Bernal Serrato	Olimpo Andrade Falla.
Nombres y Apellidos: **HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ**	**Nombres y Apellidos:** **GREICY LORENA BERNAL SERRATO**	
Cargo: **SUBDIRECTOR (E)**	**Cargo:** **COORDINADORA ACADÉMICA**	**Nombres y Apellidos:** **OLIMPO ANDRADE FALLA**