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 VALLE

DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**95331-268290**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI	**Banco a consignar:**	BANCO COOMEVA S.A.
Cédula de Ciudadanía	91.159.974	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	pcardonaec@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	010601388501
IP/Nº de contacto:	22792	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	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	SI
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:	5832647/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**17624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORDIN

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.770.000
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 53.735.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.885.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.885.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.885.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 235.817	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.120.817**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.415.617**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7945256928**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.954.000	$ 1.954.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 244.300	$ 244.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 312.700	$ 312.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.200	$ 10.200
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.138.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.915.900		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.415.617,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-UCEVA	25.604,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.859.396,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza acompañamiento en la formulacion del plan de negocios Mashman Cafe Artesanal convocatoria CampeSENA

Se realiza acompañamiento en la formulacion del plan de negocios Agrepecuaria JM convocatoria CampeSENA

Se realiza acompañamiento en la formulacion del plan de negocios BICHU convocatoria CampeSENA

Se logra la viabilidad del plan de negocios TITINOS KIDS en la convocatoria industrias Creativas

Se logra la viabilidad del plan de negocios SAIR del Valle en la convocatoria Negocios Verdes

Se realiza acompañamiento en la formulacion del plan de negocios DIAMON SHALOM convocatoria Municipio PDTE y PNIS

Se realiza acompañamiento en la formulacion del plan de negocios D LAS RUA ACCESORIOS convocatoria Municipio PDTE y PNIS

Se realiza acompañamiento en la segunda visita de interventoria de la empresa Granaj Avicola Doña Rosa en el municipio de la Cumbre

Se participa en la la COP16 en la plaza de San Francisco stan negocios verdes en representacion del SENA

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

PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI
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,

CAROLINE PEREA CABAL
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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
ALEX AMED VALENCIA ROJAS
DIRECTOR REGIONAL

14/11/24 15:47:15 USUARIO: SIC - C.C. 91159974

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91159974
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CLL 10A 36A34	TELÉFONO:	3152504
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:		**7945256928**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1044186332

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 312.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 312.800	$ 0	$ 312.800
SUBTOTALES:										**$ 312.800**	**$ 0**	**$ 312.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 244.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 244.400	$ 0	$ 0	$ 244.400
SUBTOTALES:													**$ 244.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 244.400**

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	$ 10.300	$ 10.300	$ 0	$ 0	$ 10.300
SUBTOTALES:									**$ 10.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 91159974	CARDONA ECHEVERRI PABLO ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.955.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.955.000	$ 312.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 312.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.955.000	$ 244.400	$ 0	$ 244.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.955.000	91159974	$ 10.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 567.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91159974
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CLL 10A 36A34	TELÉFONO:	3152504
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945256928**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1044186332

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 312.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 312.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 244.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 244.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 10.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 567.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 567.500**

Planilla Pagada

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

Cali, 8 de NOVIEMBRE 2024

PRESENTADO A: ALEX AMED VALENCIA ROJAS

ORDEN DE VIAJE No: 165824	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	01/11/2024	01/11/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	VALLE DEL CAUCA	LA CUMBRE

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:

Realizar acompañamiento en la segunda visita de interventoría de la empresa Fondo Emprender Granja Avícola Doña Rosa s.a.s ID. 80816, emprendedor Neysa Rosa Pinillo Ramírez, beneficiario de convocatoria Fondo Emprender 97 Economía Rural.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Se realizó visita a las instalaciones de la empresa Granja Avícola Doña Rosa s.a.s, ubicada en la Vereda Santa Fe del corregimiento de Bitaco municipio La Cumbre.

Se realizó acompañamiento a la emprendedora Neysa Rosa Pinillo Ramírez, en atención de la segunda visita de interventoría realizada por el profesional de la UTS Unidades Tecnológicas de Santander, Harold Valencia, para verificar cumplimiento de obligaciones contractuales y empresariales.

Se brindó asesoría, orientando aspectos técnicos, administrativos y financieros. Se revisó cumplimiento a compromisos y actividades.

Se hizo revisión y seguimiento a ejecución del plan de negocio, se verificó inversiones realizadas con recursos del Fondo Emprender y recursos propios del emprendedor.

Se revisó información y documentos de plataforma Fondo Emprender, se socializó sobre el cumplimiento de indicadores y el desarrollo de las actividades empresariales, así como sobre el cumplimiento de la normatividad y tiempos estipulados.

Se revisaron y validaron los indicadores de gestión del plan de negocio: ventas (sin ejecución), producción (sin ejecución), empleo (40% de ejecución), presupuesto (10% de ejecución), contrapartidas (25% ejecución) y mercadeo (0% de ejecución).

Se verifico cumplimiento de indicadores, obligaciones contractuales y empresariales, evidenciando adecuada gestión, avances en la ejecución de ventas.

Se resolvieron dudas e inquietudes

Se generó y firmo acta interventoría de Universidad de Antioquia.

CONCLUSIONES

Se hizo acompañamiento a la segunda visita de interventoría en La Cumbre, desarrollando la agenda de trabajo con la emprendedora y el interventor de la UTS, en lugar de operaciones de la empresa Granja Avícola Doña Rosa, beneficiaria de recursos del Fondo Emprender.

Se hizo verificación del cumplimiento de obligaciones contractuales y empresariales.

Se verificaron y validaron los indicadores y cumplimiento de actividades de la empresa.

Se resolvieron las dudas y se hicieron recomendaciones generales del proceso, se felicitó y motivó a la emprendedora para continuar con el debido desarrollo de las actividades de la empresa.

EVIDENCIAS

Registro Fotográfico:



COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Continuar con la buena gestión y gerencia del negocio.	Emprendedora	Constantemente

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA

PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI Orientadora Emprendimiento Centro Nacional de Asistencia Técnica a la Industria – ASTIN SENA. Regional Valle.		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Subdirectora Centro Nacional de Asistencia Técnica a la Industria – ASTIN SENA. Regional Valle.	CAROLINE PEREA CABAL	

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

Codigo Regional :	**76**
Codigo Centro:	
Fecha de elaboración:	**8/11/2024**
ID Proceso:	

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: Cali- La Cumbre Valle 1/11/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Pablo Andres Cardona Echcverri
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 91.159.974

En desarrollo de la comisión No. **165824** durante los dias **1** del mes de **noviembre** 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	VALOR PAGADO
1/11/2024	**Cali-La Cumbre-Cali**	**Bus**	**70.000**
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**70.000**

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 unicamente 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 el Supervisor de Contrato, se autoriza el presente gasto

COMISIONADO CONTRATISTA	SUPERVISOR DE CONTRATO	ORDENADOR DEL GASTO
Nombre completo: Pablo Andres Cardona Echeverri	**Nombre completo:** Caroline Perea Cabal	**Nombre completo:** Alex Amed Valencia Rojas
	Cargo: Subdirectora ASTIN	**Cargo:** Director SENA Regional Valle
Firma:	**Firma:**	**Firma:**

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

Usuario que Genera Reporte:	MHfmuriel	FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-000000	SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Generación Reporte:	viernes, 25 de octubre de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	165824	**Fecha Solicitud**	2024-10-25	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-000000 SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-10-25	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos** NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	EMPRENDIMIENTO			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	4224	**Dependencia Solicitante**	101039 DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3602-1300-10-20308E-3602032-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO - DESARROLLO DE CAPACIDADES EMPRENDEDORAS Y EMPRESARIALES PARA LA GENERACIÓN DE INGRESOS A NIVEL NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3602-1300-10-20308E-3602032-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO - DESARROLLO DE CAPACIDADES EMPRENDEDORAS Y EMPRESARIALES PARA LA GENERACIÓN DE INGRESOS A NIVEL 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
PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI	CC: 91159974	CONTRATISTA	Autorizada	2024-11-01	2024-11-01	VALLE / CALI	VALLE / LA CUMBRE	0,5	No	50	0,5	4.885.000,00	252.390,00	126.195,00	109.622,00	235.817,00	VIATICOS ADMINISTRATIVOS LA CUMBRE NOV 01 TI 60.000 ACOMPAÑAMIENTO EMPRESA PUESTA EN MARCHA FONDO EMPRENDER SEGUNDA VISITA DE INTERVENTORIA
											Totales Solicitud de Comisión			**126.195,00**	**109.622,00**	**235.817,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS ADMINISTRATIVOS LA CUMBRE NOV 01 TI 60.000 ACOMPAÑAMIENTO EMPRESA PUESTA EN MARCHA FONDO EMPRENDER SEGUNDA VISITA DE INTERVENTORIA

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	94386599	Nombre:	FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE	Cargo:	DIRECTOR REGIONAL VALLE

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/10/25 13:01:55 -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:	MHfmuriel	FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-000000	SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Generación Reporte:	viernes, 25 de octubre de 2024	

Firma Responsable

Verificado Por:	MARIA ZULEMA HINESTROZA HURTADO	Fecha Verificación:	25/10/2024 9:08:12

Firmado digitalmente por:
Nombre: FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE
Cédula de ciudadanía: 94386599
Usuario SIIF: MHfmuriel
25/10/2024 1:02:12 p. m.

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

		Versión: 04
		Código: GTH-F-090

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA								
FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA					10/23/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI					**Tipo:**	**CC**	**No.**	**91,159,974**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR. 5832647**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	31	12	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios profesionales para brindar acompañamiento a los usuarios de los centros de desarrollo empresarial del Sena y a la gestión de proyectos especiales de emprendimiento, de acuerdo con los lineamientos de la coordinación nacional de							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Valle_del_Cauca				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Despacho Dirección**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE				**CARGO**	DIRECTOR REGIONAL VALLE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	CAROLINE PEREA CABAL				**CARGO**	SUBDIRECTORA CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	**CALI - LA CUMBRE - CALI**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Valle_del_Cauca				**DEPENDENCIA/ CENTRO**			
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Valle_del_Cauca			**ENTIDAD O EMPRESA:**	EMPRESA FONDO EMPRENDER GOSEN COMUNICACIONES S.A.S		**CONTACTO**	WILLIAM PEÑA AREBALO
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	1	11	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		1	11	2024
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	ACOMPAÑAMIENTO EMPRESA PUESTA EN MARCHA FONDO EMPRENDER SEGUNDA VISITA DE INTERVENTORIA							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Acompañar y orientar a los emprendedores de su propia gestión y los que le sean asignadas por el Centro de Desarrollo Empresarial y la Regional en la fase de creación de empresa y la Regional
2	Acompañar y orientar a las empresas que le sean entregadas en la fase de puesta en marcha.
3	Hacer seguimiento y cumplir con el plan de acción formulado con base en los Lineamientos entregados por la Coordinación Nacional de Emprendimiento.

AGENDA

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

Día 1 : 01/11/2024
Desplazamiento terrestre via Cali - La Cumbre
Actividades a ejecutar: Realizar acompañamiento en la quinta visita de interventoria por parte de la UTS, para la empresa beneficiaria de los recursos del Fondo Emprender Graja Avicola Doña Rosa S.A.S la cual se encuentra en puesta en marcha en la convocatoria del Fondo Emprender, en esta visita de interventoria se tocaran temas relacionados con el cumplimiento de indicadores de gestion, verificacion de aportes del emprendedor y los avances presentados por el emprendedor en la puesta en marcha de la empresa con los recursos del Fondo Emprender.
Observaciones:
Se liquidan gastos de transporte entre terminales terrestre por valor de $ 60,000 ($30.000 X cada trayecto)

FIRMAS		
FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Nombres y Apellidos: FERNANDO JOSÉ MURIEL ANDRADE	**Nombres y Apellidos: CAROLINE PEREA CABAL**	
Cargo: : DIRECTOR REGIONAL VALLE	**Cargo: SUBDIRECTORA CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA ASTIN**	**Nombres y Apellidos: PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI**

Proceso GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
Formato AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

Versión: 04
Código: GTH-F-090

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

NO IMPRIMIR

1. Generalidades

El objetivo del formato es registrar las actividades de los contratistas que se desplazan fuera de la sede habitual de trabajo, autorizado por el SENA a desarrollar actividades que se relacionan con el objeto del contrato.

2. Instrucciones para diligenciar las casillas

	NOMBRE DE LA CASILLA	INSTRUCCIONES	TENER EN CUENTA
DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA	**FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA**	Escriba el día, mes y año en que se elabora el documento.	N/A
	NOMBRES Y APELLIDOS	Escriba tal como aparece en el Contrato de Prestación de Servicios vigente el nombre(s) y apellidos del contratista que se	N/A
	IDENTIFICACIÓN:	Escriba el tipo y número de identificación del contratista que se desplaza.	N/A
	CONTRATO	Escriba el número asignado al Contrato Prestación de Servicios firmado con el SENA, el año y la fecha de vencimiento del mismo.	N/A
	OBJETO CONTRACTUAL:	Escriba el objeto tal como aparece en la **CLÁUSULA PRIMERA** del Contrato de prestación de servicios firmado con el SENA.	N/A
	DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Seleccione de la lista desplegable: Dirección General o Dirección Regional que se relaciona en el **numeral 2** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios.	N/A
	DEPENDENCIA/ CENTRO	Seleccione de la lista desplegable: Dirección de Área, Oficina o Centro de Formación que se relaciona en el **numeral 2** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios.	N/A
	NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	Escriba el nombre y el cargo del ordenador del gasto de acuerdo con lo descrito en el **numeral 6** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios	N/A
	SUPERVISOR	Escriba el nombre y el cargo del supervisor relacionado en la **CLÁUSULA SÉPTIMA** del contrato de prestación de servicios.	N/A
ORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO	**RUTA**	Diligencie este campo describiendo las ciudades o municipios a los que se desplazará iniciando con la ciudad de origen ejemplo: Bogotá - Cartagena- Medellín - Fusa - Bogotá	N/A
	DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Diligencia este campo **SOLO** cuando el desplazamiento del contratista es a una dependencia del SENA. Seleccione de la lista desplegable: Dirección General o Dirección Regional	N/A
	DEPENDENCIA/ CENTRO	Diligencia este campo **SOLO** cuando el desplazamiento del contratista es a una dependencia del SENA. Seleccione de la lista desplegable: Dirección de Área, Oficina o Centro de Formación.	N/A
	CIUDAD/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS:	Diligencie este campo **SOLO** cuando corresponda a un desplazamiento nacional diferente a Regional o Centro de Formación o cuando corresponda a un desplazamiento internacional. Escriba ciudad y departamento o país a la cual se	N/A
	ENTIDAD O EMPRESA:	Escriba el nombre completo de la organización en donde se cumplirá el objeto de su desplazamiento y el nombre del contacto.	N/A
	CONTACTO	Escriba el nombre de la persona que sirve de contacto de la organización en donde se cumplirá el objeto de la comisión.	N/A
	FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	Escriba el día, mes y año en que inicia el desplazamiento.	N/A
	FECHA FIN DESPLAZAMIENTO	Escriba el día, mes y año en que finaliza el desplazamiento.	N/A
	OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	En este campo se describe el objeto del desplazamiento, el cual debe ser directamente relacionado con su objeto y obligaciones contractuales (CLÁUSULAS PRIMERA Y CUARTA, PARAGRAFO TERCERO del contrato de prestación de servicios).	N/A
	OBLIGACIONES DEL CONTRATO	Escriba la(s) obligación(es) de su contrato de prestación de servicios que se relaciona(n) con el objetivo del desplazamiento.	N/A

INF	**AGENDA**	Relacione las actividades concertadas previamente con el supervisor de su contrato y con las cuales se cumplirá el objeto del desplazamiento. (Incluya filas si lo considera necesario) y la fecha en la que se desarrollarán.	N/A
	ACTIVIDADES	Especificar la hora prevista para desarrollar las actividades que justifican el desplazamiento del contratista, detallando el lugar (dependencia del SENA o institución visitada) donde se llevarán a cabo las actividades.	N/A
	OBSERVACIONES	Relacione los gastos de transporte que se generarán en el desarrollo de la comisión, de acuerdo con la Circular de Escala de viáticos para contratistas que se encuentre vigente al momento de solicitar la comisión.	N/A
	Autoriza la Comisión (Nombre y Cargo)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) y cargo del ordenador del gasto	N/A
	Supervisor (Nombre y Cargo)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) completos del supervisor	N/A
	Comisionado (Nombre)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) completos del contratista	N/A

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjegonzal	JHON EDWAR GONZALEZ GARCIA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-076-	SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION
Fecha y Hora Sistema:	2024-10-28-11:20 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 4224 de fecha 2024-01-25. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	235624	**Fecha Registro:**	2024-10-25	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-076-000000 SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	235.817,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	235.817,00	**Saldo x Obligar:**	235.817,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cedula de Ciudadanía	91159974	**Razón Social:**	PABLO ANDRES CARDONA ECHEVERRI	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	010601388501	**Banco:**	BANCOOMEVA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	94386599	**Nombre:**	FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL VALLE

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**165824**	**Número:**	OV 165824	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2024-10-25

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101039 DESPACHO REGIONAL-	C-3602-1300-10-20308E-3602032-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		235.817,00	0,00		
					Total:	235.817,00	0,00	235.817,00	235.817,00

Objeto:	VIATICOS ADMINISTRATIVOS: LA CUMBRE NOV 01 TI 60.000 ACOMPAÑAMIENTO EMPRESA PUESTA EN MARCHA FONDO EMPRENDER SEGUNDA VISITA DE INTERVENTORIA

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-076-000000	SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-10-31	235.817,00	235.817,00	NINGUNO

Firmado digitalmente por Francisco Jose Luna Ramirez

FRANCISCO JOSE LUNA RAMIREZ

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO